

D. W. Winnicott

Spaima de prăbușire

Explorări psihanalitice

Cuprins

Prefață

În anul 1971, când Donald Winnicott a murit, a lăsat în urma sa mai mult de o sută de prelegeri și articole, mai lungi sau mai scurte, ce nu au fost publicate niciodată. De asemenea, au existat și articole publicate în antologii sau jurnale ce nu erau întotdeauna ușor de obținut. Scopul nostru a constat în reunirea acestor materiale în cărți, sub propriul nume; iar datorită faptului că natura acestor articole varia foarte mult în funcție de publicul diferit căruia i se adresa, am decis să alcătuim edițiile noastre pe cât posibil în funcție de publicul pentru care acestea erau scrise.

În acest volum am adunat cele pe care noi le considerăm ca fiind de cel mai mare interes pentru psihanalisti și psihoterapeuți; și, într-adevăr, multe dintre acestea pentru ei au fost scrise. Aceasta a fost ultima colecție la care am lucrat împreună cu Clare Winnicott înainte de decesul acesteia în aprilie 1984; din acest motiv, păstrăm o amintire vie a ceea ce ne-a împărtășit pentru a face posibilă apariția acestei lucrări. Este potrivit ca reflecțiile sale asupra lui Donald Winnicott, ca persoană, să se afle la începutul acestei ediții. După decesul său, în timp ce casa ei aflată pe strada Lower Belgrave nr. 49 era golită, au fost găsite câteva articole – printre ele aflându-se și un număr de articole scurte; aproape toate au fost incluse aici.

Editarea textului articolelor a fost redusă la strictul necesar. Bineînțeles că au existat dificultăți mai mici în cazul unui articol ce fusese deja publicat, deși într-unul sau două cazuri în care am găsit manuscrisul original al articolului, am preferat această variantă față de cea care ajunsese să fie tipărită.

Însuși Winnicott, înainte de a muri, a intenționat să realizeze noi ediții ale lucrărilor sale. Având acest lucru în gând (probabil în 1968 sau la începutul lui 1969), a pregătit două liste separate de articole ce cuprindeau aproape tot materialul caree a alcătuit cartea sa publicată postum, *Joc și realitate* (1971). Următoarele articole din aceste liste sunt incluse în prezenta lucrare:

- „Excitația în etiologia trombozei coronariene” (1957)
- „Psihonevroza în copilărie” (1961)
- „Boala psiho-somatică cu aspectele sale pozitive și negative” (1964)
- „O nouă abordare a modului de gândire al copiilor” (1965)
- „Conceptul de traumă în relația cu dezvoltarea individului în cadrul familiei” (1965)
- „Psihologia nebuniei” (1965)
- „Conceptul de regresie clinică în comparație cu organizarea defensivă” (1967)
- „Utilizarea cuvântului « utilizare »” (1968)
- „Tulburări fizice și emoționale ale unei adolescente” (1968)
- „Experiența de reciprocitate mamă-copil” (1969)
- „Psihoterapia și relațiile umane” (1969)

După decesul lui, i-au fost găsite listele și două teancuri de articole, pe care le așezase în ordine. Acestea conțineau cele mai multe dintre articolele de pe liste, precum și alte câteva, dintre care una, „Spaima de prăbușire” (1963?), este inclusă în prezenta lucrare. De asemenea, s-au mai găsit câteva articole pe care scria, în partea superioară a paginii inițiale, „aparțin cărții” - este probabil ca Winnicott să se fi gândit să le folosească (cu toate că, de fapt, nu le-a inclus) atunci când lucra la „Joc și realitate”. Acestea sunt:

- „Addenda la „Localizarea experienței culturale”” (1967)
- „Interpretarea în psihanaliză” (1968)
- „Gândirea și formarea simbolului” (1968)
- „Rădăcinile agresivității” (1968)

În afară de lucrări, mai există altele scrise în 1969 și 1970, fapt pentru care au fost incluse pe listele lui Winnicott, dar care îndeplinesc criteriile cele mai stricte pentru a fi incluse în această carte.

Printre acestea se numără:

„Nebunia mamei prezentată în materialul clinic ca factor de înstrăinare a Eului” (1969)

„Bazele *Self*-ului în corp” (1970)

„Individuarea” (1970)

Fără doar și poate, ar mai trebui să includem în această clasă de eligibilitate relatarea „Un caz de psihiatrie infantilă ce ilustrează reacția întârziată la pierdere”, publicată anterior într-o antologie în 1965.

Dincolo de aceste considerații, ce deja se îndepărtează de evidență către speculație, nu avem cum ști cât din materialul reprodus în această ediție l-ar fi avut în vedere Winnicott spre publicare sau republicare; sau dacă l-ar fi publicat în forma sa actuală. Cum, de la moartea sa au trecut șaisprezece ani, considerăm că în această perioadă interesul pentru lucrările sale mai degrabă a crescut decât s-a redus. Contribuția sa majoră la gândirea psihanalitică este, fără îndoială, deja cunoscută; cu toate acestea, este oportună reproducerea aici, chiar dacă uneori sub formă de note de subsol, a lucrărilor despre concepte ca „joacă”, „clivajul elementelor masculine și feminine” și „utilizarea unui obiect”.

De asemenea, credem că includerea materialelor despre lucrările lui Melanie Klein și ale altor analiști, adesea sub forma unor critici ale cărților acestora, ajută la elucidarea, printre altele, a subiectului (încă în măsură să vexeze) cât privește formulările lui Winnicott despre lucrările altora. Într-una din rarele ocazii, într-o adresare informală către unii dintre colegii săi, Winnicott a vorbit chiar mai direct despre această situație; din fericire, mai există și o casetă cu discursul său, iar noi am inclus transcrierea acesteia la sfârșitul cărții.

Apoi, am considerat ca fiind importantă publicarea majorității scrierilor lui Winnicott ce prezintă preocuparea sa – adesea pasională – pentru leucotomie și terapia prin șoc în cazul bolilor mintale. Mai ales în anii 1943 și 1944, a petrecut mult timp și a consumat multă energie în

încercarea de a-i face pe oameni să reflecteze și să discute despre efectele psihologice ale ECT-ului, iar la începutul anilor '50, s-a manifestat cu deosebire cu scopul atragerii atenției opiniei publice asupra considerentelor etice aferente utilizării leucotomiei. Multe dintre lucrurile pe care le-a scris atunci sunt și astăzi relevante; iar asta pentru că, deși tratamentul prin leucotomie a devenit un lucru rar, tendința – atât de tulburătoare pentru Winnicott – de a estompa distincția dintre considerentele etice și cele asupra eficacității nu pare a se fi diminuat.

În fine, o mare parte din material este fragmentar, adesea sub forma a ceea ce Winnicott numea „notițe” din istoriile cazurilor. Multe dintre aceste notițe au fost folosite în mod evident pentru predare; este posibil ca altele să fi fost puse deoparte în cazul în care ar fi apărut necesitatea de a ilustra un anumit punct. Fiecare dintre ele are ceva de spus.

Rezultatul final este o carte de articole inegală în privința și conținutului și de asemenea inegală ca mod de prezentare. Credem că temeiul nostru pentru felul în care am organizat-o constă nu doar în faptul de a contribui astfel la literatura de specialitate, dar și în ceea ce această carte ar putea dezvălui cu privire la evoluția ideilor lui Winnicott și la dezvoltarea acestora pe baza experienței.

Ray Shepherd

Madeleine Davis

Londra, ianuarie 1987

D.W.W.: O reflecție

de Clare Winnicott

O, ore ale copilăriei, ore când în spatele cifrelor se afla mai mult decât un simplu trecut, iar ceea ce se află în fața noastră nu este viitorul! Adevărat, creșteam și uneori eram grăbiți să creștem, în parte pentru placul acelora ce nu au lăsat nimic în urmă, doar faptul că au ajuns maturi. Totuși, atunci când eram singuri, ne distram pe noi înșine cu eternitatea: acolo am sta, în spațiul liber rămas între lume și joacă, pe un loc care, de la bun început, a fost sortit unui eveniment imaculat.

Rainer Maria Rilke

În urmă cu câțiva ani, editorii unei cărți referitoare la obiecte și fenomene tranziționale¹ m-au invitat să scriu ceva personal despre D.W.W. Ceea ce am scris atunci despre el mi se pare că, deși, bineînțeles, aveam în vedere tema cărții respective, reprezintă miezul întregii sale performanțe.

Am început cu două întrebări: ce anume legat de D.W.W., a făcut necesară explorarea ariei tranziționale, și ce anume a făcut ca utilizarea acesteia să fie productivă din punct de vedere clinic? Încercarea mea de a răspunde la aceste întrebări s-a materializat în articolul următor, prezentat aici cu doar puține modificări.

Propun ca răspunsurile să fie căutate nu doar prin studierea evoluțiilor ideilor lui D.W.W., ci mai ales în tipul personalității ce funcționa în spatele acestora. Din acest motiv, ar putea părea că aceste concepte au apărut în mod natural și facil din modul său propriu de viață. Într-un sens, acest

¹ Între realitate și fantasmă, ed. Simon A. Grolnick și Leonard Barkin (New York, Londra Jason Aronson, 1978)

lucru este adevărat; dar nu reprezintă decât jumătate din poveste. Restul se referă la perioadele de îndoială, nesiguranță și confuzie, din care într-un final au apărut forma și înțelesul.

D.W.W. putea fi entuziasmat de ideile altor oameni, dar le putea folosi și putea construi pe baza lor doar după ce ele treceau prin filtrul propriei sale experiențe. Atunci, din păcate, uita adesea sursa, drept care ar fi putut îndepărta - și chiar a îndepărtat - unii oameni ca urmare a lipsei sale de recunoștință. În timp ce ideile altor oameni i-au îmbogățit cunoștințele ca medic și ca persoană, prelucrarea ideilor bazate pe experiența sa de medic a fost ceea ce l-a atras cu adevărat și pentru care s-a luptat către finalul vieții sale. A fost un proces creativ în care s-a implicat total. În activitatea sa clinică, D.W.W. și-a propus ca scop implicarea în fiecare situație, ținând cât mai puțin seama de cunoștințele sale anterioare, pentru fi astfel cât mai expus impactului situației însăși. Din punctul său de vedere, acesta era singurul mod în care deveneau posibile descoperirea și evoluția, atât pentru el, cât și pentru pacienții săi. Această abordare era mai mult decât o atitudine; era o disciplină esențială și constituia o nouă dimensiune pentru el, tot atât de vitală ca și aerul proaspăt.

Uneori ne întrebăm de ce în scrierile sale D.W.W. părea preocupat în principal de explorarea primei relații între două persoane. Strict vorbind, acest lucru nu este adevărat: a scris despre o paletă largă de subiecte, inclusiv adolescența și delincvența, și despre alte preocupări medicale sau sociologice, iar cea mai mare parte a practicii sale psihanalitice a fost efectuată cu adulți. Însă ar putea fi adevărată afirmația conform căreia principala sa contribuție constă în studiul celor mai timpurii relații și în preocuparea sa pentru etiologia psihozei și a mecanismului psihotic din noi toți. Cred că studiul său a pornit în această direcție având două surse. În primul rând, a adus cu sine în psihanaliză tot ceea ce învățase și ce a continuat să învețe de la pediatri, iar în al doilea rând, în momentul în care s-a apropiat de psihanaliză, domeniul de studiu ce tocmai se deschidea era cel referitor la cele mai timpurii experiențe ale vieții. Dată fiind personalitatea sa, pregătirea, experiența și chemarea sa spre descoperire, pare de neocolit faptul că și-a concentrat activitatea de cercetare într-un domeniu atât de puțin explorat comparativ cu altele, precum copilăria timpurie. Însă

descoperirile sale sunt recunoscute de mulți ca având implicații mult mai extinse față de aria imediată a studiului. Unii sunt de părere că ele aruncă o lumină asupra tuturor aspectelor vieții.

După cum am sugerat, cheia esențială a operei lui D.W.W. referitoare la obiecte și fenomene tranziționale poate fi găsită în propria sa personalitate, în modul său de a interacționa și în întregul său stil de viață. Mă refer la capacitatea sa de joacă, ce nu l-a părăsit niciodată, ce l-a condus în mod necesar spre aria de cercetare pe care a conceptualizat-o în termenii obiectelor și fenomenelor tranziționale. Scopul meu aici nu este de a discuta despre detaliile lucrării sale; pare totuși important de notat faptul că în termenii lui, capacitatea de a se juca este echivalentă cu calitatea de a trăi. Exprimând acest lucru prin cuvintele sale: „Joaca este o experiență, întotdeauna una creativă, și este o experiență în continuumul spațiu-timp, o formă primordială de viață.”²

Această calitate a vieții pătrunde la toate nivelurile și aspectele experimentării și relaționării, inclusiv până la nivelul sofisticat descris în lucrarea „Utilizarea unui obiect”, la care, exprimat prin cuvintele sale, „impulsul distructiv este cel ce creează calitatea externalității”; și, din nou: „această calitate de « a fi întotdeauna distrus » face ca realitatea obiectului supraviețuitor să fie simțită ca atare, întărește modul de a simți și contribuie la constanța obiectului.”³ Pentru el, distrugerea obiectului în fantasma inconștientă este ca un proces de curățare, ce permite descoperirea nouă continuă a obiectului. Este un proces de purificare și înnoire.

Acestea fiind spuse, consider că articolul meu e o încercare de a arunca puțină lumină asupra capacității lui D.W.W. de a se juca. Mă aștept ca cititorii să fie destul de familiarizați cu scrierile sale asupra acestui subiect pentru a ști că nu mă refer despre jocuri. Vorbesc despre capacitatea de a acționa în aria intermediară nelimitată în care realitatea externă și internă alcătuiesc experiența vieții. Sper să nu se creadă aici că D.W.W. a trăit într-o stare de exaltare permanentă, deoarece acest lucru este departe de a fi adevărat. Adesea considera că viața e grea și putea fi și deprimat și foarte supărat, dar cu timpul trecea peste acest aspect, putea cuprinde aceste experiențe în propriul său

² Din „Playing: A Theoretical Statement” (1968), în *Playing and reality* (Londra, indescifrabil; New York: Cărți fundamentale, 1971; Penguin, 1974).

mod și se putea elibera de a fi plin de resentimente și prejudecăți. În timpul ultimilor ani ai vieții sale, a trebuit să cadă la o înțelegere cu realitatea propriei sale morți, ceea ce el a făcut, treptat și în modul său propriu. Întotdeauna l-am îndemnat să scrie o autobiografie, deoarece am simțit că însuși stilul său de a scrie se pretează la aceasta. A început să o facă, însă nu există decât câteva pagini; în mod tipic a utilizat acest exercițiu pentru a trata următoarea sa problemă de viață, cea legată de moarte. Știu asta pentru că, deși ținea carnetelul de notițe doar pentru sine, l-am putut vedea după moartea sa.

Titlul autobiografiei trebuia să fie *Totul și nimic mai puțin*, iar pe coperta interioară a carnetelului de notițe se pot citi următoarele:

T.S. Eliot „Costă totul și nimic mai puțin”

T.S. Eliot „Ceea ce numim început, adesea sfârșit este

Iar a sfârși înseamnă a începe.

Sfârșitul este acolo unde începem.”

Rugă

D.W.W. O, Doamne! Fie să fiu viu atunci când voi muri.

După atari cuvinte, a început să scrie prin descrierea plină de imaginație a sfârșitului vieții sale. Și voi cita propriile sale cuvinte:

„Am murit.

Nu a fost foarte frumos și, după cum se pare, a luat ceva timp (dar a fost doar o clipă din eternitate).

Au existat câteva repetiții (acesta este un cuvânt dificil de scris. Mi-am dat seama ca am omis litera „a.” Dricul a fost rece și neprietenos).

³ Vezi *Playing and reality*; de asemenea, capitolul 34 al prezentei cărți

Atunci când a sosit timpul, știam totul despre umplerea plămânilor cu apă, lucru cu care inima nu a putut negocia, astfel că nu exista circulație sangvină suficientă în alveole, a fost o lipsă de oxigen, precum și sentimentul de înecare. Dar, destul de cinstit, mi-am trăit traiul; nu trebuie să bodogănesc precum bătrânul nostru grădinar obișnuia să spună

Să vedem. Ce se întâmpla când am murit? Ruga mea a fost ascultată. Trăiam când am murit. Acesta era singurul lucru pe care l-am cerut și pe care l-am primit. (Acest lucru mă face să mă simt îngrozitor deoarece atât de mulți dintre prietenii și contemporanii mei au murit în primul război mondial - și am avut întotdeauna sentimentul că faptul că eu trăiesc este o fațetă a unui lucru pentru care morțile lor pot fi considerate ca fiind alte fațete: un cristal uriaș, un corp cu integritate și cu formă intrinseci.)”

Apoi continuă să discute despre dificultatea pe care o are un bărbat ce moare fără a avea un fiu pe care să-l ucidă în imaginație și căruia să-i supraviețuiască – „pentru a asigura singura continuitate cunoscută de bărbați. Femeile sunt continue.” Această dilemă este discutată în termenii Regelui Lear și a relației cu fiica sa, care ar fi trebuit să fie băiat.

Sper că aceste citate oferă câteva idei despre capacitatea lui D.W.W. de a se înțelege cu realitatea internă și externă într-un mod jucăuș, ce face realitatea suportabilă pentru individ, astfel că negarea poate fi evitată, iar experiența trăirii poate fi înțeleasă cât mai mult posibil. În cuvintele sale, „se poate spune despre joacă că a ajuns la punctul său propriu de saturație, ce se referă la capacitatea de a conține experiență.”⁴ A fost avid de experiență și ar fi fost urât să piardă experiența interioară a realității proprii sale morți, iar, în mod imaginativ, a avut parte de această experiență. În discuțiile noastre, se referea adesea la ziua morții sale cu inima ușoară, dar știam că încerca să mă obișnuiască pe mine și să se obișnuiască și pe sine cu ideea venirii acesteia.

Cum am început cu sfârșitul vieții sale, trebuie să mă întorc acum la începuturi și să povestesc ceva despre primii săi ani de viață și despre anii pe care i-am petrecut împreună. Voi

limita ceea ce povestesc la încercarea de a ilustra tema jocului, deoarece aceasta a reprezentat centrul vieții și operei sale.

Mai întâi, trebuie să prezint locul în care a crescut. Era o localitate engleză de provincie din Plymouth, Devon, aflată la mare distanță de Londra, nu doar ca spațiu, ci și în ceea ce privește obiceiurile și convențiile. Atunci când am veneam la Plymouth de la Londra, întotdeauna era încântat când ajungeam la locul în care solul aflat pe marginea șoselei își schimba culoarea în sol roșu de Devon. Bogăția solului îl purta înapoi la bogăția copilăriei sale, cu care nu a pierdut niciodată contactul. Bineînțeles că pe drumul de întoarcere era tot atât de încântat să-l lase în urmă. Dar era mândru de faptul că era un cetățean al localității Devon și de faptul că exista un sat al lui Winnicott pe harta localității Devon. De fapt, nu am găsit niciodată satul, cu toate că întotdeauna doream acest lucru. Era suficient faptul că exista.

Gospodăria Winnicott era mare și plină de viață, cu multe activități. În grădina și în casa mare era loc pentru toată lumea și nu se ducea lipsă de bani. Exista o grădină de legume, o livadă, o pajiște pentru cricket, un teren de tenis și un iaz, iar copaci înalți înconjurau grădina. Exista un copac special pe ale cărui ramuri Donald își făcea temele în zilele dinaintea plecării sale la internat. Donald era singurul băiat dintre cei trei copii ai familiei, iar surorile sale, ce locuiesc încă în casă erau cu cinci și cu șase ani mai mari decât el. Nu există nici o îndoială asupra faptului că părinții Winnicott se aflau în centrul vieților copiilor lor și că vitalitatea și stabilitatea întregii gospodării porneau de la ei. Mama lor era plină de viață, prietenoasă și își putea prezenta și exprima ușor sentimentele. Sir Frederick Winnicott (așa cum a devenit mai târziu) era zvelt și destul de înalt, avea o demnitate simplă demodată și încredere în sine, precum și un simț al umorului dezvoltat. Cei care l-au cunoscut vorbesc despre el ca despre o persoană foarte inteligentă și cu judecată. Ambii părinți aveau simțul umorului.

Vizavi mai exista o mare gospodărie Winnicott, aparținând unchiului Richard Winnicott (fratele mai mare a lui Frederick) și soției acestuia, celor trei veri și celor două verișoare. Verii au

⁴ Din „Joaca: o afirmație teoretică.”

fost crescuți aproape ca aparținând unei singure familii, astfel că nu au dus lipsă niciodată de prieteni de joacă. Recent, una dintre surori spunea că întrebarea „Of, ce să mă fac?” nu a fost niciodată pusă în casa lor. Întotdeauna exista ceva de făcut – și spațiu în care să faci ceva, precum și cineva cu care să faci, dacă aveai nevoie. Însă și mai important este faptul că înșiși copii aveau întotdeauna vitalitatea și imaginația necesare în a exploata tot felul de lucruri. Familia lui Donald, inclusiv părinții săi, erau muzicieni, iar una dintre surori a devenit mai târziu o pictoriță talentată. Gospodăria includea o dădacă și o guvernantă, dar acestea nu par să fi temperat într-un mod nerezonabil energia naturală a copiilor. Ar fi mai poate corect să spun că odraslele Winnicott au scăpat cu succes de la a fi temperați. Pe când era mic, Donald îi era devotat, fără doar și poate, dădacei sale, iar unul dintre primele lucruri pe care mi le amintesc că l-am făcut cu el la Londra a fost să o căutăm pe dădacă și să ne asigurăm că îi este bine și că trăiește decent. Am descoperit că pe atunci (1950) cea mai importantă ființă din viața dădacei era propriul său nepot Donald.

Nu există nici o îndoială asupra faptului că, începând cu primii ani de viață, Donald Winnicott și-a dat seama că este iubit, și a trăit experiența siguranței din familia Winnicott, pe care a putut să o considere astfel ca fiind de la sine înțeleasă. Într-o gospodărie de asemenea dimensiuni, existau numeroase tipuri de relații și posibilități pentru ca inevitabilele tensiuni să fie izolate și rezolvate în cadrul ei. Din această poziție, Donald era liber să exploreze toate spațiile disponibile din casă și din grădina din jur, să umple spațiile cu frânturi din sine însuși, realizând treptat lumea sa proprie. Capacitatea de a fi acasă l-a slujit de-a lungul vieții. Există un cântec intitulat „Acasă este în inima mea”. Așa simțea Donald, iar asta i-a oferit o libertate imensă ce i-a permis să se simtă acasă oriunde. Atunci când călătoream prin Franța și poposeam la micile hanuri aflate de-a lungul șoselelor, mă gândeam de fiecare dată: „Mă întreb cât timp va dura până când va ajunge în bucătărie” – bucătăria, evident, fiind centrul locației – și bineînțeles că aproape întotdeauna găsea cumva drumul spre ea. De fapt, ne plăceau bucătăriile, iar atunci când era mic mama sa se plângea întotdeauna că el petrecea mai mult timp cu gătitul în bucătărie decât petrecea în tot restul casei.

Deoarece Donald era cel mai tânăr membru al familiei Winnicott (chiar și cel mai mic văr ce trăia în casa de vizavi era mai mare decât el) și fiindcă era atât de iubit, iar el era, într-adevăr, ușor de iubit, probabil că s-a depus un efort susținut, în special din partea mamei și a surorilor sale, de a nu fi răsfățat. În timp ce acest lucru nu l-a privat de faptul de a se simți iubit, cred că l-a privat de o anume intimitate și apropiere de care avea nevoie. Dar cum Donald avea (așa cum și surorile sale încă au) o capacitate naturală de a comunica cu copiii de aproape orice vârstă, comunicarea dintre copiii și adulții din familia Winnicott trebuie să fi fost la mare preț. Bineînțeles că fiecare dintre ei aveau un simț al umorului de nestăpânit, iar acest lucru, împreună cu fericirea și siguranța mediului lor, însemna că nu existau „tragedii” în familia Winnicott – existau doar episoade amuzante. În urmă nu cu mulți ani, atunci când bazinul de pe acoperiș s-a fisurat, cauzând astfel inundație și pagube considerabile, ei erau mai mult entuziasmați și amuzați decât alarmați de acest eveniment neașteptat.

În acest moment, aș dori să citez o altă pagină din notițele autobiografice ale lui Donald. Înainte de a face acest lucru, ar trebui să explic faptul că gradina familiei Winnicott are patru nivele. La primul nivel se află pajiștea pentru cricket; apoi urmează o pantă abruptă (echivalentul muntelui Everest pentru un copil) ce conduce la nivelul iazului; după care încă o pantă abruptă ce conduce la pajiștea pe care se afla terenul de tenis; și, în sfârșit, o serie de trepte ce conduce la nivelul casei.

„Acum panta aceea dintre pajiștea pentru cricket și porțiunea plată unde se află un iaz și unde odinioară se afla un tufiș imens de iarbă pampas între sălciile plângătoare (apropo, știi ce sunete extraordinare scoate iarba pampas într-o după-amiază fierbinte, atunci când oamenii sunt întinși pe pături lângă iaz, citind sau moțând?). Acea pantă este plină, după cum spun oamenii, plină de istorie. Pe acea pantă am dat prima mea lovitură la cricket (lungă de aproape un picior deoarece aveam doar trei ani) și am turtit nasul păpușii de ceară a surorilor mele, iar păpușa a devenit o sursă de iritare în viața mea deoarece tatăl meu obișnuia să mă tachineze în legătură cu respectiva păpușă. Se numea Rosie. Parodiind un cântec popular, obișnuia să spună (necăjindu-mă cu vocea pe care o folosea)

Rosie îi spunea lui Donald

Te iubesc

Donald îi spunea lui Rosie

Nu te cred.

(Poate că versurile erau invers, am uitat) și știam că păpușa ar fi trebuit distrusă mai rău, și mare parte din viața mea s-a întemeiat pe neîndoielnicul fapt că *am făcut* într-adevăr acest lucru, nu doar că l-am dorit și plănuit.

Probabil că m-am simțit ceva mai ușurat atunci când tatăl meu a luat mai multe chibrituri și a încălzit nasul de ceară suficient pentru ca, prin remodelare, fața să redevină o față. Cu siguranță că această demonstrație timpurie a actului restaurator și reparator mi-a lăsat o impresie, și poate că m-a făcut capabil să accept faptul că eu însumi, un copil drag inocent, devenisem de fapt violent în mod direct față de o păpușă și în mod indirect față de tatăl meu, care avea o fire temperată, și care tocmai atunci pătrundea în viața mea conștientă.”

Și, pentru a cita mai departe din notițe:

„Surorile mele erau mai mari ca mine, cu cinci și șase ani: astfel că, într-un anumit sens eram un singur copil cu mai multe mame și cu un tată extrem de preocupat în primii mei ani de viață de oraș și de probleme de afaceri. A fost primar de două ori, în final a fost ridicat la rangul de cavaler, iar apoi a fost cetățean de onoare al orașului (așa cum a devenit acum) Plymouth. Era conștient de lipsa sa de educație (a avut dificultăți de învățare) și mereu a spus că din cauza acestui lucru nu a aspirat la un loc în Parlament, dar s-a ținut de politica locală – destul de plină de viață în acele zile ale îndepărtatului Plymouth.

Tatăl meu avea o credință simplă (religioasă), iar odată, când l-am întrebat ceva ce ne-ar fi implicat într-o discuție amplă, a spus doar: citește Biblia, ceea ce vei găsi acolo va fi răspunsul adevărat pentru tine. Astfel că, slavă Domnului, am fost lăsat să mă descurc de unul singur.

Dar într-o zi când (aveam doisprezece ani) m-am întors acasă pentru masa de prânz și am spus „la dracu!”, tatăl meu s-a uitat așa cum numai el se putea uita, a învinovățit-o pe mama că nu a avut

grijă să am prieteni adecvați, iar din acel moment s-a pregătit să mă trimită la internat, lucru pe care l-a făcut când aveam treisprezece ani.

„La dracu!” nu prea sună a înjurătură, dar avea dreptate; băiatul care era noul meu prieten nu era în regulă, iar noi doi am fi putut intra în încurcături dacă eram lăsați în voia noastră.”

Prietenia a fost întreruptă de fapt atunci și acolo, iar acest spectacol de putere din partea tatălui său a reprezentat un factor semnificativ în dezvoltarea lui Donald. După cum spunea: „Așa că tatăl meu se afla acolo pentru a chinui și a fi chinuit, dar tot adevărat este și faptul că în primii ani ai vieții mele m-a lăsat prea mult în grija mamelor mele. Lucrurile nu s-au îndreptat niciodată.”

Astfel că Donald a plecat la Ley School, Cambridge, unde era în elementul său. Spre marea sa plăcere, după-amiezele erau libere, iar el alerga, mergea cu bicicleta, înota, juca rugby, se alăturase școlii de cercetași, își făcea prieteni, cânta în cor, iar în fiecare noapte citea cu voce tare băieților câte o poveste în dormitorul său. Citea extrem de bine, iar ani după aceea aveam să beneficiaz de pe urma acestui lucru deoarece nu se întâmpla niciodată să nu avem o carte la noi pe care să nu mi-o citească cu voce tare. Într-un Ajun al Crăciunului, stăteam pe podea (nu stăteam niciodată pe scaune), și a citit toată noaptea deoarece cartea era irezistibilă. Citea într-un mod dramatic, savurând scrierea până la ultima picătură.

Donald mi-a descris plecarea sa la școală. Întreaga familie se afla acolo pentru a-l vedea plecând, făcea cu mâna, iar el era supărat pentru că pleca - până în momentul în care i-au dispărut din vedere atunci când trenul a intrat într-un tunel destul de lung aflat chiar la ieșirea din Plymouth. De-a lungul acestui tunel, s-a obișnuit cu ideea plecării, iar la ieșirea din tunel i-a lăsat în urmă și de-abia aștepta să meargă la școală. Adesea binecuvânta tunelul deoarece îl ajutase să se descurce cu mâhnirea sa chiar în momentul pătrunderii în el.

În posesia mea se află o scrisoare pe care Donald a scris-o de la școală mamei sale, care arată genul de relație ce a existat între membrii familiei:

„Draga mea mamă,

Pe data de 2 septembrie toți adevărații cercetași se gândesc la mamele lor, deoarece aceasta era ziua de naștere a mamei lui Baden Powell.

Astfel că în momentul în care vei primi această scrisoare mă voi gândi la tine în mod special - și sper că o vei primi dimineața.

Dar pentru a mă mulțumi cu adevărat, trebuie să îți cer să-mi faci o mică favoare. Înainte de a întoarce pagina aş dori să te duci sus în dormitorul meu, iar în dulapul din partea dreaptă vei găsi un mic pachetel... L-ai deschis? Sper să îți placă. Dacă nu îți place, îl poți schimba la familia Popham. Doar dacă faci acest lucru, trebuie să ceri să-l vezi pe nr. 1, care știe despre acest lucru.

Am avut o vacanță senzațională și nu îți pot mulțumi îndeajuns pentru tot ceea ce ai făcut și pentru donația ta pentru cercetași.

Casa mea este frumoasă și tot ce sper este să mă pot bucura de ea. Oricum, mă voi strădui și voi munci din greu, iar asta este tot ceea ce pot face în prezent.

Transmite-le dragostea mea celorlalți: mulțumește-i tatei pentru jocurile sale de biliard și lui V. și K. [surorile sale] pentru că au fost atât de drăguțe și atât de amuzante încât m-au făcut să râd. Dar, deoarece este ziua Mamei, cea mai mare parte din dragoste se îndreaptă spre tine, din partea băiatului tău iubitor Donald.”

Citind această prezentare succintă a primilor ani din viața lui D.W.W. și a relațiilor sale de familie, am putea crede că sună prea bine pentru a fi adevărat. Dar adevărul este că i-a fost bine și, oricât aş încerca, nu o pot prezenta într-o altă lumină. Mai presus de toate, a fost o persoană foarte fericită, a cărei capacitate de a se bucura a triumfat mereu asupra impedimentelor și dezamăgirilor ce au apărut în viața sa. Mai mult decât atât, într-un anumit sens, calitatea primilor săi ani de viață și aprecierea acestora a constituit o problemă majoră, aceea a eliberării de sine față de familie și a stabilirii propriei sale vieți și identități separate fără a sacrifica totuși bogăția timpurie. I-a luat mult timp pentru a face acest lucru.

În mintea sa, ideea de a deveni medic s-a consolidat pe când Donald se afla în cabinetul medical al școlii, după ce își rupsese clavicula pe terenul de sport. Referindu-se la acele vremuri, spunea adesea: „Mi-am dat seama că tot restul vieții mele ar trebui să depind de medici dacă mi s-ar întâmpla ceva sau dacă m-aș îmbolnăvi, iar singurul mod de a ieși din această situație era ca eu însumi să devin medic; începând de atunci, această idee se afla în mintea mea sub forma unei propoziții reale, cu toate că știu că tatăl meu s-ar fi așteptat ca eu să intru în afacerea sa înfloritoare, pentru ca în final să-i preiau locul.”

Unul dintre prietenii de școală ai lui Donald, Stanley Ede (caree i-a rămas prieten de-a lungul vieții), a locuit adesea în casa Winnicott și era bine cunoscut de întreaga familie. Întorcându-se la școală după o vizită făcută acasă, Donald, în vârstă de șaisprezece ani, a scris următoarele lucruri într-o scrisoare adresată prietenului ce nu se întorsese încă la școală:

„Dragă Stanley,

Îți mulțumesc foarte mult pentru încântătoarea și lunga scrisoare pe care mi-ai trimis-o săptămâna aceasta. Este incredibil de bine pentru tine să depui atâta efort și să dorești să ...

Tata și cu mine am încercat în mod conștient și poate și inconștient să ne aflăm ambițiile cu privire la viitorul meu. Din ceea ce mi-a spus, am fost *sigur* că dorește mai mult ca orice să mă implic în afacerea sa. Și astfel, din nou conștient sau nu, am aflat toate justificările pentru o atare idee și nu m-am mai gândit la nimic altceva, pentru a nu fi dezamăgit. Și astfel am învățat să mă bucur de viața trăită în mediul de afaceri cu toată inima mea și am intenționat să mă implic în ea și să-i fac pe plac tatălui și mie.

Ai crezul poate că scrisoarea ta, care a ajuns la mine ieri, m-ar fi putut dezamăgi. Dar – îți spun ceea ce simt – am fost atât de entuziasmat, astfel încât toate sentimentele mele referitoare la medici pe care le-am îngropat de atâția ani par să fi ieșit deodată la iveală. Știi că – la fel cum Algy a dorit să intre într-o mănăstire – de atât de mult timp mi-am dorit să devin medic. Dar întotdeauna mi-a fost

frică de faptul că tatăl meu nu va fi de acord cu acest lucru astfel că nu l-am amintit și – asemenea lui Algy – am simțit chiar o repulsie la acest gând.

În această după-amiază am făcut o plimbare lungă de 8 mile la Drumul Roman împreună cu Chandler, și ne-am spus unul altuia tot ceea ce simțeam și i-am spus în special ceea ce ți-am spus acum. O, Stanley!

Al tău încă temperat și adevărat –
deși după câte se pare intoxicat –
dar totuși devotat
prieten,
Donald”

Se pare că Stanley, mai mare decât Donald cu un an, s-a oferit să pună în discuție cu tatăl lui Donald problema viitorului acestuia. Există o carte poștală adresată lui Stanley în care scrie: „Îți mulțumesc nespus pentru că i-ai spus tatei atunci și pentru ceea ce i-ai spus. I-am scris tatei o scrisoare care cred că aproape l-a convins.”

Donald povestește că atunci a prins curaj pentru a merge la directorul școlii căruia i-a spus că dorește să devină medic, iar directorul a mormăit și s-a uitat lung la el înainte de a-i spune încet: „Băiete, nu e o idee strălucită, dar va merge.” Astfel că a plecat la Colegiul Jesus, Cambridge și și-a luat diploma în biologie. Camera sa de la colegiu era cunoscută ca un loc de întâlnire, deoarece închiriasse un pian la care cânta neîncetat, având o bună voce de tenor.

Dar începuse primul război mondial, iar primul său an ca student la medicină l-a petrecut acordând ajutor în colegiile din Cambridge care între timp fuseseră transformate în spitale militare. Unul dintre pacienți, cu care a devenit un prieten pe tot parcursul vieții, își amintește de Donald din acele zile: „Prima dată când l-am văzut se afla într-un spital din Cambridge, în 1916, în timpul primului război; era un student la medicină căruia îi plăcea să cânte un cântec amuzant în după-amiezele de sâmbătă în rezervele de spital – cânta deci *Mere în aluat*, înveselindu-i pe toți.”

Pentru Donald, care, ca student, fusese scutit, faptul că toți prietenii săi fuseseră luați în armată constituia un prilej de adâncă întristare. Mulți dintre prietenii săi apropiați au fost uciși la începutul războiului, iar el a fost afectat întreaga sa viață de acest aspect, deoarece întotdeauna a simțit că avea o responsabilitate de a trăi pentru aceia care au murit, cât și pentru sine însuși.

Tipul de relație cu prietenii pe care îi avea pe atunci în Cambridge este ilustrat de o scrisoare primită din partea unui prieten care deja era înrolat în armată și care se afla la un curs de ofițeri în Oxford. Este scrisă de la Exeter College Oxford și datată 28 noiembrie 1915:

„Ce faci sâmbătă la ora ceaiului? Ei bine, îți voi spune eu! Îți vei face un ceai mare Cambridge pentru tine, pentru mine și pentru Southwell (de la Caius) [Caius College Cambridge] pe care cred că l-ai întâlnit. Este un tip excelent și are o treabă de făcut. Dacă nu l-ai întâlnit ar trebui să o faci, însă oricum, m-ai auzit vorbind despre el. Nu-i așa că vei încerca? Bun băiaat! Știu că îți este greu, dar știu că ești un prost și nu te vei supăra. Măgarul! Mergi și fă rost de multă mâncare.”

Simțindu-se cums e simțea, Donald nu se putea stabili în Cambridge și nu a fost mulțumit până când nu a înfruntat pericolul pe cont propriu. Venind din Plymouth, dorea, bineînțeles, să se înroleze în marina de război. A concurat și a fost acceptat drept chirurg de probă. A fost angajat pe un distrugător, unde era unul dintre cei mai tineri oameni de la bord și singurul ofițer medic în ciuda lipsei sale de pregătire; din fericire, exista un ofițer sanitar experimentat. Era subiect de tachinare în cantina ofițerilor. Majoritatea ofițerilor trecuseră printr-unul sau altul dintre Colegiile Regale de Marină și proveneau din familii cu tradiție în domeniul marinei. Erau uimiți de faptul că tatăl lui Donald era comerciant. Aceasta era o noutate, din care au scost tot ceea ce era mai bun, iar Donald se pare că a încercat să ia tot ceea ce era mai bun din faptul că se afla în compania lor și din întreaga experiență acumulată acolo. Relata adesea cu amuzament tachinările de la orele de masă. Cu toate că vasul era implicat în acțiuni împotriva dușmanilor și existau răniți, Donald avea liberă cea mai mare parte a timpului, pe care se pare că a petrecut-o citind romanele lui Henry James.

După război, Donald a plecat direct la spitalul St. Bartholomew din Londra pentru a-și continua pregătirea medicală. S-a cufundat în studiul medicinei și a fost complet absorbit de în

această activitate. Ea includea scrierea de articole pentru revista spitalului și participarea la viața socială: cântări, dansuri, vacanțe ocazionale pentru schi și graba de ultim moment pentru a viziona spectacole de operă în premieră, unde stătea de obicei în papucii săi în spatele „zeilor”.

E greu să aflăm ceva despre prietenele lui Donald, știm însă că era destul de apropiat de prietenele surorilor sale și, mai târziu, de alte fete pe care le-a întâlnit prin intermediul prietenilor săi de la Cambridge. În câteva rânduri a ajuns pe punctul de a se căsători, însă nu s-a căsătorit (pentru prima dată) până la vârsta de douăzeci și opt de ani.

Donald a avut câțiva profesori remarcabili la spital și a spus întotdeauna că Lordul Horder era cel care l-a învățat ce important e să evalueze cu grijă a istoriei cazului și să asculte ceea ce spune pacientul, mai degrabă decât să pună întrebări. După obținerea diplomei, a stat la Bart pentru a lucra ca ofițer pentru îngrijirea răniților, timp de un an. A lucrat efectiv aproape zi și noapte, și nu s-ar fi lipsit de această experiență pentru nimic. Situația în sine conținea provocarea elementului imprevizibil și îi oferea stimuli necesari.

În timpul pregătirii sale, Donald s-a îmbolnăvit de ceea ce s-a dovedit a fi un abces al plămânului și a fost pacient în spitalul Bart timp de trei luni. Un prieten care l-a vizitat acolo își amintește de acest eveniment astfel: „Era o rezervă de spital imensă și veche, cu un plafon înalt ce făcea să pară pitice paturile așezate la rând, cu pacienți și vizitatori. Era *foarte* amuzat și interesat de ideea de a fi pierdut în mulțime și spunea: « Sunt convins de faptul că orice medic ar trebui să sta o dată în viață în spital ca pacient. »”

Deși Donald a intenționat dintotdeauna să devină medic generalist într-o zonă de țară, într-o zi un prieten i-a împrumutat o carte scrisă de Freud și astfel a descoperit psihanaliza; hotărând că acest lucru i se potrivește, și-a dat seama că din acest motiv trebuie să rămână în Londra pentru a face analize. În timpul pregătirii sale medicale a devenit foarte interesat de lucrul cu copiii, iar după obținerea statutului de membru (al Societății Britanice de Psihanaliză), a devenit consultant în medicina copiilor (pe atunci nu exista specializarea în pediatrie). În anul 1923, a obținut două numiri la spital, la spitalul pentru copii The Queens și la spitalul Paddington Green Children. Timp

de patruzeci de ani a lucrat la cel din urmă spital. Evoluția activității sale la Paddington Green este ea însăși o poveste, iar mulți colegi din toate colțurile lumii l-au vizitat aici. Ca urmare a propriilor sale interese și abilități de dezvoltare, clinica sa a devenit treptat una psihiatrică. Obișnuia să se refere la ea ca fiind „Snack Bar psihiatric” sau clinica sa de confruntare cu ipohondria pacienților. În anul 1923 a obținut de asemenea o cameră în Harley Street și a realizat un cabinet de consultare privată.

La început, a considerat Harley Street ca fiind formidabilă deoarece avea puțini pacienți, astfel că pentru a-l impresiona pe mândrul portar ce deschidea ușa pacienților tuturor medicilor din clinică, povestește cum obișnuia să plătească costul călătoriei unora dintre mamele și copiii ce veneau la spital pentru a-l putea vizita în Harley Street. Bineînțeles că această procedură nu era în totalitate de ochii portarului, deoarece alegea cazuri de care era interesat în mod special și cărora dorea să le acorde mai mult timp pentru a putea începe explorarea aspectelor psihologice ale bolii.

Presiunea numărului de persoane prezente la clinicile sale trebuie că l-a îndboldit la explorări cât mai complete și la o folosire cât mai economică a spațiului doctor-pacient, cu scopul îndeplinirii sarcinii terapeutice. Modalitățile în care a făcut acest lucru sunt descrise în scrierile sale.

Există totuși un amănunt pe care nu îl descrie și pe care l-am observat atât la Paddington Green Clinic, cât și în lucrul său cu copiii părăsiți în Oxfordshire în timpul ultimului război. A încercat să dea o semnificație vizitei unui copil la el, dăruindu-i un lucru, pe care copilul să-l poată lua și folosi și/sau distruge sau arunca ulterior. Putea lua imediat o bucățică de hârtie căreia să-i dea o anumită formă, de obicei o săgeată sau un evantai, cu care s-e putea juca pentru moment și pe care o putea oferi copilului după ce își vor fi luat rămas-bun. Nu am văzut niciodată ca acest gest să fie refuzat de vreun copil. Este posibil ca acest simplu act simbolic să conțină germele ideilor pe care le-a dezvoltat în articolul „Utilizarea obiectului”, scris către sfârșitul vieții sale. De asemenea, ar putea exista o legătură cu conceptul de obiect tranzițional.

În încercarea de a oferi câteva idei asupra capacității lui D.W.W. de a se juca, am ajuns să-i scriu biografia, deși nu intenționez să o fac. În nici un caz, aceasta nu se vrea a fi o biografie. Ceea

ce am încercat să fac a fost să ilustrez modul în care interacționa cu oamenii în diverse etape ale vieții sale și în diverse situații. Dar acum trebuie să părăsesc perspectiva istorică ce m-a protejat atât de mult și să-l descriu în legătură cu viața noastră împreună. De acum, „el” devine „noi” – și nu vom mai putea distinge între noi.

În urmă cu mai mulți ani, o persoană care ne-a vizitat și a stat în casa noastră s-a uitat cu grijă în jurul său și a spus: „Tu și cu Donald *vă jucați*.” Îmi amintesc că am fost surprinsă de această nouă lumină ce a fost aruncată asupra noastră. Cu siguranță, niciodată nu am *stabilit* să ne jucăm; nu era nimic conștient și intenționat referitor la acest lucru. Se pare că s-a întâmplat doar să trăim în acest mod. Mi-am dat seama totuși la ce se referea vizitatorul nostru. Ne jucam cu *lucruri* – aflate în posesia noastră – rearanjându-le, achiziționându-le și lăsându-le să cadă în conformitate cu dispoziția noastră. Ne jucam cu idei, discutându-le la întâmplare cu libertatea cunoașterii faptului că nu este necesar să convenim asupra lor și că eram suficienți de puternici pentru a nu fi rănit de celălalt. De fapt, problema rănirii reciproce nu a apărut tocmai ca urmare a faptului că ne aflam în aria de joacă în care totul era permis. Fiecare dintre noi aveam capacitatea de a ne bucura, joaca se putea desfășura în cele mai improbabile locuri și ne putea conduce la explorări pe care nu le-am fi putut anticipa. După moartea lui Donald, un prieten american ne descria ca fiind „doi oameni nebuni ce se încântau reciproc și își încântau prietenii.” Donald ar fi fost bucuros de această recunoaștere, ce amintește de cuvintele sale: „Am fi săraci, într-adevăr, dacă am fi doar sănătoși.”⁵

La începutul relației noastre a trebuit să mă obișnuiesc cu ideea că Donald era și va fi întotdeauna complet imprevizibil în viața noastră privată, cu excepția punctualității sale la orele de masă și a faptului că a reușit întotdeauna să mă aștepte în stație atunci când mă întorceam de unde fusem plecată. Această imprevizibilitate are avantajele sale, ce constau în faptul că nu ne putem relaxa și considera ca fiind de la sine înțeleși în viața de zi cu zi. Ceea ce puteam considera de la sine înțeles era ceva mai fundamental, pe care îl pot descrie ca fiind recunoașterea și acceptarea de

⁵ Din „Dezvoltarea afectivă primară” (1945), din Articole adunate: Indescifrabil (Londra: Tavistock, 1958; New York: Cărți fundamentale, Londra: indescifrabil Press, 1975).

către noi a separării celuilalt. De fapt, puterea unității noastre consta în această recunoaștere, iar implicit aceasta este o acceptare a impulsurilor nemiloase și distructive inconștiente ce au fost comentate în articolul „Utilizarea obiectului” ca fiind dezvoltarea finală a teoriilor sale. Separarea noastră ne-a lăsat libertatea de a ne vedea de munca noastră, de a avea propriile noastre gânduri, de a avea propriile noastre vise și, făcând astfel, de a ne întări capacitatea de a experimenta bucuriile și necazurile pe care le-am împărtășit în comun.

Existau unele lucruri extrem de importante pentru noi, cum ar fi felicitarea de Crăciun, pe care Donald o desena în fiecare an și pe care amândoi o pictam în sute de culori, stând treji până la ora 2 dimineața înainte de Crăciun. Îmi amintesc că o dată i-am sugerat că desenul ar arăta mai bine dacă ar fi lăsat în negru și alb. A spus: „Da, știu, însă îmi place să pictez.” Mai existau nenumăratele sale desene, ce erau parte a rutinei sale zilnice. Se juca singur și realiza câteva desene îngrozitoare și câteva desene foarte amuzante, ce aveau adesea o integritate proprie și puternică. Dacă lipseam o noapte, trimitea un desen prin poștă pentru a-l primi dimineața, pentru că rolul meu în toate acestea era de a mă bucura și de a aprecia desenele sale, lucru pe care îl făceam cu siguranță, dar uneori, îmi puteam dori să nu fi fost atât de multe.

Cunoașterea și aprecierea muzicii de către Donald reprezentau o bucurie pentru amândoi, dar avea o importanță specială pentru mine deoarece mă implica în multe lucruri noi. Întotdeauna a avut un sentiment special pentru muzica lui Bach, însă spre sfârșitul vieții sale a fost absorbit și fascinat de cvartetele de coarde compuse de Beethoven în perioada târzie. Se pare că rafinamentul și caracterul abstract al expresiei muzicale a acestor lucrări l-au ajutat să se adune și să găsească în sine roadele bogate ale unei vieți. La un alt nivel, i-a plăcut foarte mult formația Beatles și a cumpărat toate discurile acesteia. Donald nu a avut niciodată timp suficient să-și dezvolte pasiunea de a cânta la pian, deși se repezea adesea la pian și cânta pentru câteva momente între vizitele pacienților, și în mod invariabil sărbătorea sfârșitul unei zile de muncă printr-un ieșire muzicală fortissimo. S-a bucurat de faptul că știam mai multe lucruri despre poeți decât știa el și că îi puteam recita la comandă un sonet scris de Shakespeare sau altele scrise de Dylan Thomas sau de T. S.

Eliot. În mod special „Bufnița și pisicuța” de Edward Lear și nu se mai sătura ascultând-o. Până la urmă, a învățat-o pe dinafară.

Modul nostru preferat de sărbătorire sau simpla noastră relaxare era să ne îmbrăcăm și să mergem la o cină prelungită, fără grabă, nu departe de locul unde locuiam. În zilele de început, uneori dansam. Mi-l amintesc într-o seară privind de jur împrejur în această cameră și spunând: „Nu-i așa că suntem norocoși? Încă mai avem să ne spunem diverse lucruri.”

Ani de-a rândul au existat două emisiuni TV pe care nu le ratam niciodată: „Vino să dansezi” (o prezentare a tuturor tipurilor de dansuri de salon) și „Meciul zilei”, ce relua în fiecare zi de sâmbătă cel mai bun meci de fotbal sau rugby, iar vara relua cel mai bun meci de tenis.

Cred că singurele momente când Donald s-a arătat supărat pe mine era atunci când mă răneam sau mă îmbolnăveam. Ura să mă aibă drept pacient și nu soție sau coleg de joacă. A arătat acest lucru într-o zi când m-am rănit la un picior, drept care acesta se înroșise și se umflase. Nu aveam pansamente, așa că a spus că iese să cumpere câteva, iar eu trebuia să mă întind între timp. A lipsit două ore și s-a întors mulțumit cu o brățară extensibilă de aur pe care o cumpărase pentru mine – dar uitase de bandaj.

Speculam întotdeauna în legătură cu propriul obiect tranzițional al lui Donald. Nu părea să-și amintească de vreunul în mod special, dar la un moment dat l-a putut afla. Mi-a descris experiența într-o scrisoare scrisă la începutul anului 1950:

„Noaptea trecută am primit ceva neașteptat, în vis, referitor la ceea ce spuneai. Deodată te-ai apropiat de cel mai apropiat obiect pe care l-am putut afla: de care am știut mereu, dar pe care îl uitasem, iar în acest moment am devenit conștient de el. Era o păpușă foarte veche numită Lily, ce aparținea surorii mele mai mici și care îmi plăcea, fiind foarte supărat atunci când a căzut și s-a stricat. După Lily am urât *toate* păpușile. Dar din totdeauna am știut că înainte lui, Lily fusese ceva al meu. Retrospectiv, am știut că trebuie să fi fost o păpușă. Dar nu mi-a trecut niciodată prin cap că nu era ca mine însumi, o persoană, adică era un fel de alt eu, ceva feminin ce nu făcea parte din mine, o parte din mine și totuși nu, absolut inseparabilă de mine. Nu știu ce s-a întâmplat cu ea.

Dacă te iubesc așa cum am iubit această păpușă (trebuie să o spun?), atunci te iubesc nespus. Și cred că așa e. Bineînțeles că te iubesc în atâtea și atâtea feluri, dar acest lucru este nou pentru mine. M-am simțit îmbogățit și am simțit încă o dată starea de a continua munca la lucrarea mea despre obiectele de tranziție (amânată pentru luna octombrie). (Nu te superi, nu-i așa? – de acest vis despre tine și T.O.?)

Nu ar fi corect să dau impresia că Donald și cu mine împărtășeam doar experiențe aflate în afara sferei noastre de lucru. Munca noastră a fost cea care ne-a adus împreună de la bun început și tot ea a rămas punctul central, legându-ne. În decembrie 1946, mi-a scris așa: „În clipele de răgaz am scris destul de mult pentru Societatea Psihanalitică, pentru februarie și am petrecut mult timp cu redactarea acestora. Munca mea este într-adevăr destul de mult legată de tine. Efectul tău asupra mea este de a mă face entuziast și productiv, iar acesta este cu atât mai groaznic – deoarece atunci când sunt departe de tine îmi lipsesc forța de a acționa și originalitatea.”

De fapt, fiecare dintre noi a reprezentat ceva esențial pentru munca celuilalt. Pe durata vieții lui Donald, am lucrat în sfere diferite, iar acest lucru a reprezentat un motiv în plus de a depăși granițele existenței noastre comune. Am fost norocoși datorită faptului că de-a lungul anilor un cerc larg de persoane a ajuns să facă parte din viețile și munca noastră, iar noi dintr-ale lor. Aceasta a reprezentat o puternică forță coezivă pentru toate persoanele implicate, deoarece comunitatea de interese necesară, ca premisă a trăirii creative. Cât de fericiți eram datorită persoanelor aflate în viețile noastre; cât de multe le datorăm și cât de mult ne bucura compania lor!

De-a lungul vieții sale, Donald nu a încetat niciodată de a se afla în contact cu lumea sa de vis și de a continua propria sa analiză. Acesta a fost curentul subteran al vieții sale, acompaniamentul orchestral al temei principale.

Poemul său numit „Somn” este relevant în acest sens:

Lasă-ți rădăcina în pământ
spre centrul sufletului tău

soarbe-ți seva
din infinitul izvor
al inconștientului tău
și
rămâi mereu verde

Pentru a încheia, aș dori să povestesc un vis cu Donald pe care l-am avut la doi ani și jumătate de la moartea sa.

Am visat că ne aflam în magazinul nostru preferat din Londra, unde se află o scară circulară pentru toate etajele. Alergam pe scări în sus și în jos, apucând lucruri din toate părțile pentru cadourile de Crăciun pentru prietenii noștri. Ne aflam într-o cursă a cumpărăturilor, știind că așa cum se întâmpla de obicei, vom sfârși prin a păstra pentru noi multe dintre lucrurile cumpărate. Deodată mi-am dat seama că Donald trăiește și m-am gândit cu ușurare: „Acum nu va mai trebui să mă îngrijoreze felicitările de Crăciun.” După care ne aflam în restaurant, bând ca de obicei cafeaua de dimineață (de fapt, întotdeauna ieșeam sâmbăta la cafeaua de dimineață). Ne uitam unul la altul, cu coatele pe masă. M-am uitat fix la el și i-am spus: „Donald, există ceva ce trebuie să ne spunem, un adevăr pe care trebuie să-l spunem, nu-i așa?” Uitându-se fără ezitare în ochii mei cu ochii săi de un albastru intens, mi-a spus: „Acesta este un vis.” Am răspuns încet: „Oh, da, bineînțeles, tu ai murit, ai murit în urmă cu un an.” A repetat cuvintele mele: „Da, am murit în urmă cu un an.”

Am înțeles prin acest vis ludic că viața și moartea, a mea și a lui, pot fi experimentate ca fiind o realitate.

Partea întâi

Psihanaliza: teorie și practică

1

Deziluzia timpurie

Datat 24 octombrie 1939

Pacienții noștri, care ne învață atât de mult despre ceea ce ajungem să știm, ne clarifică adesea faptul că, încă de timpuriu, cunosc într-adevăr deziluzia. Ei nu au îndoieli asupra acestui lucru și pot deveni tot mai triști la acest gând.

În decursul analizei, trebuie să faci un travaliu considerabil înainte pentru ca deziluzia să poată fi descrisă exact în cuvinte. Deși nu există o scurtătură pentru a ajunge la acest rezultat, este interesant să înregistrezi rezultatele unul câte unul, după cum apar ele.

Cea mai frecventă plângere este aceea că mama cea iubită și idealizată îl învață pe copil să fie *nesincer*. Sinceritatea pare a fi ceva aproape fundamental pentru natura umană – și imediat voi spune de ce cred eu că ea nu este tocmai fundamentală și cum consider eu că poate fi analizată mai departe. Dar indiferent unde își are originile, nu există nici o îndoială că micul copilaș – eram pe cale să spun *infans* – poate fi foarte șocat să descopere că nu este bine să fie onest.

Cum se întâmplă că atât de timpuriu îi este dat să înțeleagă copilului că sinceritatea nu este nici pe departe cea mai bună politică?

În două cuvinte, bebelușul stă și își sugă degetul și cade pe gânduri, iar cineva vine și îi scoate degetul din gură. Trebuie să învețe să se descurce cu gândurile *fără* partea evidentă a acompaniamentului orgastic.

Neîndoielnic, ceea ce face ca acțiunea parentală să fie eficace este vinovăția copilașului în fața elementelor distructive din materialul fantasmatic. Am putea spune atunci că la un capăt al scalei se

află minimum de vinovăție și maximum de interferență parentală; în timp ce, la celălalt capăt, se află maximum de vinovăție (din cauza elementelor distructive) ce produce inhibiție, cu foarte puțină sau nici o interferență parentală. În mare vorbind, putem spune că la primul capăt partea *evidentă* a funcționării orgastice este ascunsă, cu o tensiune cuprinsă în funcționarea ascunsă; în vreme ce la ultimul capăt există o *mai* completă inhibiție a funcționării corporale, un divorț mai cert între materialul fantasmatic și viața instinctuală a corpului.

În ce privește sentimentele conștiente, avem aici un larg evantai de la încercarea disperată de a fi sincer, ce nu va reuși niciodată, la deținerea unei lumi fantasmaticice *secrete*, la un sentiment de irealitate a fantasmei și până la o repudiere a fantasmei sau la o incapacitate de a accepta apartenența oricărui material fantasmatic ce apare.

O pacientă se află chiar la sfârșitul analizei sale, dar nu o poate termina. Una dintre dificultățile ei este următoarea: ea poate *spune* în cele din urmă „mulțumesc”. Ea poate crede în sfârșit că este recunoscătoare, dar nu poate simți certitudinea că eu (analistul ei) pot accepta deplin gratitudinea ei. Ea poate simți toate acestea doar într-un mod primitiv. A fost o gurmandă atunci când era la sân, îl adora, trăgea, sfâșia, îi lăsase cicatrici, lăsându-l bătrân și vlăguit. În prezent, dorea să îi ofere ceva mamei sale. Simte că are o valoare interioară, culori, viață, dar într-un fel ei nu îi vine să creadă că eu pot primi acest gest perfect.

Ea poate intra în contact cu elementele distructive ale fantasmei sale. În transfer, trăise ura mult mai acut decât văzusem la orice alt pacient. Poate să îmi vorbească de asemenea și despre funcțiile sale orgastice, să îmi arate cu ce intensitate teribilă își suga degetul, plăcerea ei de a se îmbăta și funcțiile erotice excretorii. Cu toate acestea, un lucru este de remarcat: în masturbare *mâinile nu erau folosite niciodată* și insista cu mare vehemență că nu era vorba despre o activitate manuală uitată sau abandonată. „De ce să îmi folosesc mâinile dacă îmi pot face fiecare parte a corpului să fie vie, excitată și satisfăcută fără să le folosesc?”; „De ce să îmi frec sexul dacă pot obține o plăcere tot atât de mare (chiar și genitală) doar sugându-mi degetul?” Etc. etc.

Încă de la începutul analizei, fusese evident că mâinile acestei paciente au o importanță considerabilă. Avusese inhibiții ale funcției manuale, dar reușise să găsească servicii în care folosirea mâinilor era esențială și, ulterior, s-a produs o remarcabilă eliberare a capacităților ei manuale (grădinărit, dactilografie etc.).

Este foarte evident că această pacientă nu o putea lăsa pe mama ei să știe că se masturba cu mâinile, adică, în fantezmele ei, mâinile furau și ucideau, astfel plăcerea fiind foarte intensă. Ea știe că îi place să distrugă cu mâinile, iar această cunoaștere merge până înapoi în copilăria timpurie. Dar ceva lipsește în capacitatea ei de a fi sinceră și de a o lăsa pe mama ei să afle toate astea *prin intermediul masturbării*. (O putea lăsa pe mamă să afle toate astea prin a rupe compulsiv hârtia în bucăți sau prin a deranja lucrurile și a face mizerie, adică prin provocare).

Este ca și cum, în acest caz, mama contribuisese realmente la dificultatea fetei, nu neapărat retrăgându-i mâinile de pe organul genital, ci, mai probabil, smulgându-i mâinile de la gură și lovindu-i-le. Acest pattern s-a menținut și poate că a împiedicat-o pe copilă să își folosească mâinile în masturbarea genitală. Nu sunt sigur de asta, firește, dar existau în mod cert dispute între mamă și copil pe tema scărpinatului. (În acest caz nu am stabilit în final relativa importanță a excitației anale.)

Este posibil să facem acum analiza sincerității.

Această tânără femeie dorea ca eu să primesc cadoul ce venea din interiorul ei, în schimbul a ceea ce făcusem pentru ea. Era un cadou perfect și nu credea că eu pot crede în el. Nu credeam.

Chestiunea este că, dacă eu (mama ei) nu puteam suporta că în sinceritatea ei încerca să-mi arate prin activitățile ei orgastice directe cum era când era mică, atunci cum puteam suporta lucrurile rele ce existau cu certitudine în cadoul din interiorul ei? De fapt, o bună parte din materialul fantasmatic bun și rău fusese ținută secretă față de mine (mama), și atât timp cât se întâmpla așa, nu se putea bucura de capacitatea ei de a fi recunoscătoare.

Astfel fiind, ea știe că de fapt nu îi poate restitui mamei sale un penis bun și întreg; penisul fusese furat și rănit; dar putea face ceva pentru gaura din corpul mamei, anume să îl umple cu câteva bucăți

de penis ce fuseseră păstrate și chiar prețuite, *cu condiția* ca ea să se descurce cu dificultatea primară, cea despre secretul furtului.

Sinceritatea extremă a fost unul dintre pragurile existenței acestei persoane, și ea ar fi foarte fericită dacă ar fi eliberată de sinceritatea ei compulsivă – ceea ce ar putea face o analiză de succes a eșecului original de a găsi o mamă care să îi suporte sinceritatea.

2

A ști sau a nu ști: un exemplu clinic

Nedatat

Pacienta, o femeie de 35 de ani, care fusese în analiză timp de câțiva ani, tocmai începe să realizeze cât de bolnavă fusese. Boala ei era de o asemenea natură, încât avea nevoie să nu știe ceva despre asta și protestase mereu cum că analiza începuse cu mult înainte ca ea să vină la analiză, iar analiza a ajutat-o doar să continue ceva, mai departe decât ar fi putut ea să facă singură, și că fusese întotdeauna capabilă să o facă, într-o anumită măsură.

Ea mai ales nu recunoscuse niciodată faptul că fusese inconștientă de ceva. Atunci când au început să se producă în ea schimbări considerabile ca rezultat al analizei, spunea, când devenea conștientă de materialul de care anterior fusese inconștientă, că: „Am știut asta din totdeauna, și într-un fel este cert că ea nu mințea deoarece, prin natura ei, era o persoană extrem de demnă de încredere.

Un pas important în autocunoașterea ei a apărut atunci când s-a referit la ceea ce îi spusese odată unui examinator. La o întrebare a acestuia îi răspunsese: „Știu, dar am uitat.” Povestindu-mi despre asta, deși citea de pe niște notițe pe care le scrisese cu o zi înainte, când se întâmplase, a făcut o greșală și a spus: „Nu știu, dar am uitat.” Nu îi venea să creadă că a făcut greșeala asta și m-a urât fiindcă i-am punctat-o. Și totuși, a fost pentru prima dată când admitea că nu știe. Într-un sens, era un mare progres față de ceea ce îi spusese examinatorului. De fapt, examinatorului îi spusese: „Cunosc asta, și atunci când voi practica medicina voi fi capabilă să utilizez cunoștința ca atare, iar faptul că vorbind cu tine nu mi-o amintesc nu are nici o importanță.” Ceea ce îmi spusese mie era:

„Știu în secret.” Cu alte cuvinte, în primul mod de a vorbi exista un clivaj al personalității și, prin intermediul lui, era capabilă să fie nesincera și secretoasă fără să își dea seama de asta. Știa și nu știa. În analiză, de exemplu, îmi putea spune: „Nu visez și, deci, nu am nimic de ascuns.” Totodată, putea spune: „Bineînțeles că visez, visez toată noaptea și viața mea este un vis, dar nu știți cum să folosiți visele acestea, așa că nu vi le spun.” Era capabilă să păstreze în sute de feluri ceea ce îi era caracteristic, adică o sinceritate scrupuloasă prin intermediul acestui clivaj al ei în două sau mai multe părți.

Importanța acestei interpretări cu privire la actul ei ratat ei a fost confirmată de faptul că a continuat, spunând: „Seara trecută l-am păcălit pe fratele meu că nu mai am țigări. Ei, bine, știți, dacă i-aș fi spus că mai am, mi le-ar fi luat pe toate.” În cazul pacientei, faptul că a putut să îl păcălească pe fratele ei era un progres, iar interpretarea dată în acest sens a produs mai multe confirmări. A spus: „În seara asta merg cu mătușa mea la o conferință despre vise a dr. Crichton Miller.” Relația cu mătușa ei era, considera ea, distructivă pentru mine, deoarece timp de două luni nu îmi oferise nici un vis, iar când am întrebat-o direct, mi-a spus că nu știam să le folosesc. Eram într-un punct de tranziție: urmând căile cunoscute, afirmase mai întâi că nu visase și era întrucâtva sinceră, așa cum era în vremurile trecute; dar imediat a fost nevoită să îmi spună că visează și că ținuse visele pentru ea și că mă păcălise. Era, astfel, o persoană pe cale să mă înșele, și nu două persoane care îmi spuneau două feluri de adevăr. De aici a continuat spunând că întotdeauna îl păcălise pe tatăl ei și aveam dreptate să cred că în acest fel tatăl ei valorase ceva în ochii ei, în pofida numeroaselor lui defecte sau poate tocmai din cauza lor. Pe de altă parte mamei ei îi fusese imposibil să știe și să își dea seama că își păcălise copilul. Pe tot parcursul analizei, apăruseră mereu în prim-plan peruca mamei, ca o amintire-ecran pentru vreo decepție. Știam că importantă fusese o decepție legată de faptul că mama fusese însărcinată și dăduse naștere unui fiu, pe vremea când pacienta avea 3 ani, dar de-abia acum înțelesesem importanța incapacității mamei de a-și da seama că o înșelase pe copilă în unele situații. De aici, ideea pacientei că era uneori bine să îl păcălești pe copil și că eu, în analiză, aș fi putut-o păcăli pentru a o apăra de factorii externi care ar fi putut interfera cu analiza.

Un aspect din tehnică

Nedatat

Am învățat recent să adopt următorul procedeu în practica analitică.

Atunci când fantasma reprezentată în materialul transferențial este dezvăluită, mă întreb: care este și unde se află funcționarea corporală orgastică ce-o însoțește? Și, *per contra*, atunci când în situația analitică există o funcționare corporală orgastică mă întreb: despre ce material fantasmatic îmi relatează pacientul prin această funcționare?

.....

Atunci când vreau să aplic această afirmație la un procedeu tehnic, îmi este dificil să știu de unde să încep. Am pus puncte sub această afirmație pentru a reprezenta astfel câte luni sper eu îi sunt necesare cuiva pentru a-și studia propriul comportament clinic și a vedea cât de mult au realizat deja și cât nu, așa cum am ajuns eu să fac cât privește acest aspect special.

Presupunând că aceste câteva luni au trecut, încerc acum să extind această temă, care, trebuie să fiu de acord, nu este nici originală, nici revoluționară.

O pacientă are o voce caracteristică. Atunci când lucrează din greu, în analiză de exemplu, face un efort considerabil cu gura și cu întregul aparat vocal. Vorbește tare și treptat a devenit conștientă de faptul că îi place funcționarea funcției ei de vorbire, până aproape la a fi dureroasă.

În cursul analizei, au apărut fantasme de tot felul, însoțite de sentimente de o foarte mare intensitate. Într-o zi, într-o perioadă când îi deveniseră conștiente ideile de a fi o hoasă și că avea diverse activități cu mâinile în iubire, gelozie, ură și răzbunare, mi-a fost absolut necesar să o văd cu jumătate de oră mai devreme decât ora stabilită. Știam că acest fapt îi convenea mai mult, iar asta mi-ar fi permis și să evit scurtarea orei sale din motive independente de voința mea. Am riscat totuși

și m-am dus să o caut. Știam că va lua masa într-un anumit restaurant, așa că m-am dus acolo și am încercat să îi vorbesc.

Mânca, mânca precum un animal sălbatic, în timp ce citea ziarul. Mi-a fost extrem de greu să sparg invizibila carapace și să o fac să mă vadă.

Angoasa și furia stârnite de acțiunea mea au fost foarte mari. Descoperisem funcționarea corporală orgastică ascunsă față de mine în analiză, dar fără de care materialul fantasmatic, deși resimțit cu intensitate, nu putuse deveni niciodată real sau personal. Treptat, am început să înțeleg că indiciul s-ar fi putut afla tot timpul în vocea ei, care era acea parte din ea ce încerca să fie sinceră în pofida hotărârii ei generale de a ține deoparte (în relația ei cu mine) fantasma și acompaniamentul ei corporal.

Analiza acestor elemente a produs un material care a pus în lumină experiențele ei de sugere a degetului (plăcerea orgastică, sfidarea, sentimentele de vină, inhibiția) și masturbarea manuală, care fusese mult timp inhibată, iar ideea repudiată.

4

Jocul în situația analitică

Datat: 5 noiembrie 1954

Doresc să discut câteva aspecte ale jocului în analiza adultului. În analiza copilului, jocul este aproape întotdeauna o evidență, dar, în analiza adultului, așteptăm pe cineva să lase jocul deoparte și să relateze vise și halucinații și să fantasmeze.

Ocazional, există pacienți adulți care trec printr-o perioadă dificilă și cărora li se dau jucării din analiza copilului, pe care le manipulează de-a lungul unei faze și care îi permit analistului să interpreteze în perioadele de tăcere. Ceea ce mă preocupă în acel moment nu este introducerea

materialului de joc în ora analitică, cât recunoașterea importanței jocului în analiza adultului, jocul fiind diferit de fantasmă și de vis.

Un exemplu mi-a fost oferit de un student în ora de supervizare. Pacientul spusese: „Tocmai am găsit o scurtătură spre analiză.” Descriind scurtătura, a spus că a trecut printr-un loc de joacă pentru copii. Studentul a făcut interpretarea corectă că pacientul putea vedea valoarea jocului. Întrucât pacientul avusese episoade violente, este foarte important ca în analiză aceste lucruri, precum simțul umorului, să nu fie neglijate, deoarece singura speranță pe care o are acest om să treacă prin analiza lui fără perioade în care managementul să devină necesar (așa cum fusese într-adevăr cândva înainte de începutul analizei) este de a fi capabil să se joace.

După interpretarea dată de student, pacientul a trecut peste asta și a rearanjat covorașul și a făcut asociații asupra acestei părți a jocului. În aceste circumstanțe, este de înțeles că studentul a neglijat să continue cu tema jocului și s-a cufundat în materialul asociațiilor libere, care la rândul lor erau realmente importante.

Într-o altă ocazie, a venit la mine o pacientă care nu își luase cafeaua pe drum și era înnebunită să bea o cafea și simțea că întreaga oră ar fi pierdută. Sunt sigur că managementul acestei situații poate fi dus pe două sau mai multe căi distincte. Cu această ocazie, i-am făcut cafea și apoi am văzut ce diferență extraordinară exista între relaționarea pacientului cu cafeaua, ceașca, farfurioara și zahărul, și legătura cu ideea de a dori cafea din visul în care ea ar putea fi acolo ca eu să îi ofer cafea. Asta a devenit un fel de joc și un exemplu de introducere a materialului de joc în analiza adultului.

Cam tot în această perioadă, un alt pacient, bărbat, mi-a spus: „Doream să vă spun că îmi place să vin aici și să plec, fiindcă e ca un joc. Totul este o întreagă afacere despre o rutină și o evitare de a-i vedea pe alți pacienți și tot așa.” Era o afirmație surprinzătoare din partea unui om care nu este capabil să se joace și care vine din cauza incapacității lui de a-și păstra prietenii, care nu poate vorbi decât ponderat și nu are disponibilitatea spre joc. Exista un motiv pentru care acest bărbat era capabil să facă această observație – și anume, faptul că în ședințele anterioare vorbisem despre joc și că venise momentul în analiză ca eu să îl las să vadă că, în pofida jocului, el se masturba în mod

regulat, iar fantasmarea era blocată în masturbare. Această interpretare venită la momentul potrivit a început să-i elibereze jocul și să îl facă foarte conștient de singurătatea lui din timpul copilăriei, exceptând momentele în care se organizau jocuri. Nu fusese în stare să se joace, deoarece a-și împărtăși fantasma însemna pentru el a pierde foarte mult. O zi sau două mai târziu am ajuns la un joc pe care el nu îl cunoscuse vreodată. Am descoperit că avusese o soră imaginară pe tot parcursul copilăriei, pe care fusese extraordinar de gelos, chiar dacă de fapt el nu fusese niciodată gelos pe vreuna dintre surorile sale mai mari sau mici. A constatat că această soră imaginară reprezenta *Self*-ul său feminin și că astfel fusese practic un individ perfect și avusese relații foarte strânse cu tatăl său, relații pe care fiind băiat nu putuse să le aibă. În disperare, încercase să se îmbrace ca o fată o bună perioadă din copilărie, dar asta nu a fost niciodată satisfăcător din cauza fetei idealizate, pe care o avea mereu cu el și pe care o ura, și desigur o iubea în mod narcisic.

Practica mea a fost desigur aceea de a aminti despre jocuri în analiza adultului, și adesea am introdus creion și hârtie, precum și unele aspecte de joc, umor etc.; dar numai recent am recunoscut diferențele foarte importante dintre aceste episoade de joc și vis și fantasmare. Un lucru important este și faptul evident că în joc, chiar dacă o cantitate considerabilă de material nu se poate împărtăși cu cealaltă persoană, există riscul ca fantasmele celuilalt să se suprapună peste ale tale, astfel încât să existe o experiență împărtășită chiar dacă doar într-o arie limitată a fantasmării depline.

5

Fragmente privind formele confuziei clinice

Datat din 13 și 22 februarie 1956

I

O trăsătură importantă a comportamentului obsesional este confuzia pe care acesta o implică. De ce se întâmplă ca în sănătate o confuzie să poată fi reordonată, iar în boală această reordonare, este pe cât de compulsivă, pe atât de facilă?

Indiciul: În tulburarea obsesională, confuzia este o apărare organizată. Un grad de confuzie este *inconștient menținut* pentru a ascunde un fapt foarte simplu: triumful răului asupra binelui, al urii asupra iubirii, al agresivității asupra capacității de a păstra etc.

În acest fel, reordonarea nu poate reuși niciodată. Dar poate exista și o confuzie mai mult conștientă atunci când reordonarea pare să reușească:

Ooo, să faci și să desfaci

Când iubitul curte-ți face

Clinic, găsim: confuzia ca o apărare, organizată, alterată doar prin analiza sadismului oral, care, la rândul ei, alterează balanța internă a forțelor, astfel că nu doar simplul fapt al neajutorării trebuie ascuns prin confuzie. Poate fi de ajutor pentru pacient, în procesualitatea confuziei, să fie informat despre confuzie ca apărare. Aceasta ajută la acceptarea inutilității obsesiilor care, totuși, nu sunt „vindecate” astfel.

Există o relație între depresie și obsesie, în modul următor: a) Persoanele deprimare și obsedate sunt intolerante la ambele. b) Un pacient se mișcă întruna între depresie în obsesie. În ansamblu, pacientul se simte mai real în starea depresivă, dar obsesiile inutile se pot dovedi o ușurare temporară în raport cu starea respectivă.

Se ridică întrebările: ce anume îl face pe pacientul depresiv să fie obsesional uneori, sau ce îl face pe pacientul obsesional să devină temporar deprimat; și: se întâmplă oare ca unii pacienți să rămână într-o categorie diagnostică sau alta?

Această întrebare subliniază faptul că depresia ca stare clinică nu este „poziția depresivă”. Poziția depresivă și eșecul pacientului de a accede la ea subîntind atât starea depresivă, cât pe și cea obsesională.

Ne referim la capacitatea pacientului de a tolera suferința. Frica de apărările contra-depresive poate contribui la adoptarea tehnicilor obsesionale, astfel că atunci când depresia este severă ca dispoziție, opusul ei nu este apărarea maniacală, ci mania. („Severă ca dispoziție” implică un grad înalt de reprimare a agresivității sau a iubirii crude.)

Depresivul nu îl suportă pe obsesionalul care este lipsit de sentimente. Obsesionalul nu poate suporta capacitatea depresivului de a conține dispoziția; a conține o dispoziție presupune speranță și, de fapt, o dispoziție depresivă tinde să se atenueze spontan în timp. Persoana depresivă are nevoie, totuși, să se apere de suicidul ce apare în culmea fazei depresive.

Depresia, deci, implică speranță. Ce fel de speranță? Eu cred că: speranța de a fi susținut o perioadă de timp, atunci când perlaborarea poate avea loc – respectiv un fel de adecvare sau reorganizare în așa-numita lume internă. Doar în acest caz reorganizarea este oricum altcumva, dar nu futilă. În perioada realizărilor timpurii corespunzătoare poziției depresive, există o acumulare de „amintiri” despre maternajul bun.

În cazul obsesionalului, în locul lor va exista o acumulare de „amintiri” despre instruiri, învățări, implantări ale moralității. În comparație, aceste două stări mi se pare că ne trimit la un contrast între două tipuri de maternaj timpuriu.

Pe lângă acest subiect, există și complicația ce trebuie cunoscută pe deplin de analist atunci când ea apare; respectiv, confuzia organizată care este o stare a mamei, corespunzând apărării organizate împotriva depresiei, despre care am scris în altă parte⁶.

Confuzia ca o apărare organizată trebuie să fie analizată dacă pacientul este pe cale să ajungă la ceea ce se află întotdeauna în centrul individului, la un haos primar, dincolo de care fragmente din auto-manifestarea individuală se organizează singure. În termenii stării inițiale de dezvoltare, aceasta este prima stare de neintegrare, asupra căreia și-a îndreptat atenția Glover în teoria sa despre nucleii ai

⁶ “The Manic Defence” (1925) și “Reparation in Respect of Mother’s Organized Defence against depression” (1948), in *Collected Papers: Through paediatrics to Psychoanalysis* (London: Tavistock, 1958; Basic Books, 1975; Hoarh Press, 1975) (În traducere românească, a se consulta *De la pediatrie la psihanaliză*, editura Trei, 2002, n.t.)

Eului⁷. În activitatea noastră, aflăm o mare ușurare clinică atunci când îndepărtarea confuziei ca apărare organizată permite pacientului să atingă acest haos primar din centru. Acesta se poate atinge desigur doar într-un tip special de mediu, pe care eu l-am numit preocuparea maternă primară, respectiv când mama (analistul) care susține se identifică foarte mult cu bebelușul susținut. La acest moment în analiză, *unii* pacienți par să aibă nevoie să fie susținuți în prezent, într-o formă anume, într-un contact fizic modic. Eșecul mediului în acest moment presupune că *Self*-ul neintegrat se prăbușește pentru totdeauna, iar afectul ce aparține acestui moment este angoasa de intensitate psihotică. Aici, mai mult decât oriunde în analiză, pacientul trebuie să își asume riscul, pentru a progresa în integrare.

Făcând această remarcă, am mers deliberat de la o extremă la alta pentru a descrie confuzia organizată de un tip sofisticat și care contrastează cu starea de neintegrare primară. Confuziile intermediare își au propria lor importanță. Un exemplu este confuzia ce apare în orice stadiu atunci când este solicitată o activitate mintală, care se află chiar dincolo de scopul individului la acel moment, fie din cauza multiplelor probleme prezente în același timp, fie din cauză că sarcina este dincolo de ceea ce se potrivește cu starea de dezvoltare și de organizare a Eului.

II

Sunt de mult timp interesat de relația dintre conceptul de poziție depresivă și de dispoziție depresivă și emoțiile numite suferință, tristețe, sentiment al pierderii.

O pacientă m-a condus spre această problemă. Tabloul clinic este următorul: această pacientă nu se afla în momentul poziției depresive, deși era totuși aproape, altfel spus nu exista nici o experiență integrativă a întregii persoane, în relație cu un obiect parțial și un obiect total, relația dintre acestea două fiind recunoscută.

Analiza tocmai ajunsese pe punctul în care pacienta atinsese starea de confuzie originară aparținând neintegrării, aceasta implicând încrederea considerabilă în factorul mediu, respectiv în analistul în transfer. Analiza fusese întreruptă în acest moment de boala soției mele. La început, pacienta s-a

⁷ E. Glover, *On the Early Development of the Mind* (London: Imago, 1956)

angajat pe o falsă direcție și, simpatizând cu situația, i-a convenit. Asta n-a ținut decât câteva zile și a devenit confuză. De astă dată confuzia s-a dezagregat, sau poate era vorba de un stadiu confuzional organizat – și nu de confuzia primară a non-integrării. Când s-a reîntors după patru zile, pacienta a fost mai întâi incapabilă să revină la analiză, realitatea situației ocupând-o. La sfârșitul ședinței, își regăsise drumul cunoscut, pentru a continua ca mai înainte. În ziua următoare, a trăit o întoarcere progresivă spre încredere, iar asta a făcut să fie surprinsă de o trecere la act, în care unele lucruri întâmplare îmi dovediseră că deținea amintirea corporală a unui abandon brutal. A avut o angoasă extrem de intensă și, după ce toate acestea s-au rezolvat, am identificat criza ca o reacție întârziată la faptul că o abandonasem cu câteva zile înainte, reacție a cărei responsabilitate nu și-o putuse niciodată asuma. În ziua următoare, încrederea s-a restabilit complet și a avut loc o repetare a trecerii la act în timpul ședinței.

Să observăm că în ziua de dinaintea trecerii la act nu avusese nici o reacție de rigiditate – reacție de tip foarte primitiv. În locul ei, avusese loc o non-integrare, transformată apoi în dezintegrare. A doua oară, reacția a fost mult mai matură. Sub influența proceselor inconștiente, pacienta se arătase foarte clar ca un copilăș în stare de neajutorare, ținându-și mâinile cu sentimentul de a fi pierdută. Nu era durere, chiar dacă durerea nu era departe. Sentimentul de a fi pierdut, foarte acut, lua locul angoasei. După ce s-a remis, pacienta a revenit la relația de încredere în mine, care făcuse posibilă această trecere la act. În acest fel avansase cu explorarea ei, ca și cu reacția la retragerea mea. Important era că existase un moment în care eu însumi mă retrăsesem, la asta ea putând să reacționeze cu sentimentul de a fi pierdută, iar aceasta comparativ cu stările de retragere ale mamei sale, care nu ofereau nici o ocazie pentru o reacție de acest fel. În relația cu mama existase doar un moment de repliere, mai mult sau mai puțin uniform. Cu mine, resimțise retragerea mea într-un moment precis și reacționase cu sentimentul acut de a fi pierdută.

Aici, deci, durerea era aproape. Spunând asta, îmi amintesc că această pacientă nu se află într-un asemenea stadiu de dezvoltare a Eului încât experiența deplină a poziției depresive să fie posibilă. Este cert, într-o anumită măsură, că încercarea durerii este o experiență ce nu depinde de

comportamentul meu, ci și de construirea în ea a reprezentării unui obiect bun. Aceasta este strâns legat de capacitatea ei de a păstra pentru o reprezentare a mamei, atunci când aceasta se replia asupra ei însăși, ceea ce îi dădea sentimentul de a fi pierdut o realitate.

6

Excitația în etiologia trombozei coronariene

Note pentru o conferință susținută la Societatea de Cercetare Psihosomatică, University College, Londra, 5 decembrie 1957

A. Studiarea tulburării psihosomatice

Tromboza coronariană este un exemplu bun de tulburare psihosomatică

1. Ea poate fi o boală fizică pură
2. Devine o boală fizică
 - a. schimbări arteriale
 - b. tromboză
3. Nu este o tulburare a clasei muncitoare, ci a celei profesionale.
4. Este legată de stresul emoțional.
5. Nu este legată în mod special de o categorie diagnostică psihiatrică (deși probabil că e legată de depresie)
6. Este o parte a trăirii vieții personale într-un anumit mediu, cu alte cuvinte, parte a experienței de relaționare.
7. Nefiind imediat fatală, este posibil ca pacienții să o utilizeze ca pe un imbold pentru modificarea unui mod imposibil de viață, ce a devenit deja un obicei.

Dar asta nu este tot. Rămâne problema esențială a fiziologiei.

B. Literatura despre tromboza coronariană

În literatura despre tromboza coronariană, psihologia subiectului este delimitată de următoarele trei aspecte:

1. Efectul bolii asupra pacientului care trebuie să se adapteze la un nivel mai scăzut al forței fizice și care cunoaște acum felul în care probabil că va muri.
2. Factorii predispozanți în termenii descrierii mediului și a locului pacientului în acesta, sunt considerați factori de stres. Este general recunoscut faptul că individul este într-o oarecare măsură responsabil de mediul său și de continuitatea de a exista în el, dacă este dificil.
3. Începutul unei înțelegeri a conflictului emoțional ca fiind opus tensiunii emoționale.

C. Abordările psihologiei

Din partea psihologiei avem trei moduri de atac:

1. Abordarea statistică – aplicată la ulcerul gastric și la hipertensiune. Aceasta implică noțiuni preconcepute ce pot fi formulate și probate ca fiind semnificative sau nesemnificative.
2. Abordarea care include terapie – precum observările hipertensiunii după metoda Hamblings⁸.
3. (La cealaltă extremă) psihanalistul care vorbește în termeni de analiză completă a pacientului, în cursul căreia tulburările psihosomatice vin și se duc; asemenea tulburări sunt nu rareori legate de fantasme inconștiente, de apărări împotriva angoasei, de introiecția masivă a situațiilor traumatice, de constrângerile și stresul adaptărilor la realitatea de orice fel etc., precum și de beneficiul secundar al bolii.

D. Apel la fiziologie

În acest moment este posibil să luăm de pe raft un compendiu de fiziologie și să căutăm schimbările ce țin de excitație, întrucât tromboza coronariană este o tulburare a aparatului excitativ.

⁸ John Hambling, "Emotions and Symptoms in Essential Hypertension" și "Psychosomatic Aspects of Arterial Hypertension", *British Journal of Medical Psychology*, 24 (1951) și 25 (1952).

Impresia mea este că din acest motiv căutam o nouă orientare în fiziologie, o orientare care să se lege de noua muncă a etologilor, precum și cu cea a unor neuro-fiziologi și endocrinologi.

Fiziologia pe care am învățat-o eu a fost, ca să spun așa, rece, iar cercetarea se realiza prin examinarea atentă a unei broaște secționată sau unui preparat inimă-plămân. S-a depus tot efortul pentru a elimina variabile precum emoțiile, iar animalele, ca și oamenii, erau parcă tratate ca și cum ar fi fost mereu în condiții neutre față de viața instinctuală. Se poate remarca și procesul de domesticire care îl aduce pe un câine într-o stare constantă de frustrare. Să avem în vedere constrângerea pe care o impunem unui câine care *nu mai secretă nici măcar urină în vezică* până nu i se dă indicația că vezica a fost golită. Cu atât mai important poate fi faptul că de a-i permite fiziologiei să se complice prin emoții și conflicte emoționale atunci când studiem modul în care funcționează corpul uman.

Un studiu al problemei trombozei coronariene ca tulburare psihosomatică ne pretinde cunoașterea fiziologiei excitației. Aceasta trebuie să fie într-adevăr complexă, dar nu și suficientă. În continuare trebuie să știm ce se întâmplă în corp atunci când excitația „este la rece”, altfel spus, când nu se atinge climaxul.

Consider că în literatura de specialitate ar putea fi o eroare să examinezi tromboza coronariană beneficiind de marea putere a microscopului, în mare datorită lipsei ocaziei de a o face. În consecință, psihopatologia rămâne obscură. Se va observa că factorii externi adversi, totuși reali, devin constrângeri interne atunci când un pacient este minuțios observat.

E. Fiziologia excitației

SCHEMA TEHNORED CF ORIGINAL!!

Locală Pregătire (plăcere preliminară)

Generală Climax

Relaxare

(Aceasta implică o plăcere pur personală: respectiv nu o relație)

La asta trebuie adăugat factorul relațional, tot ceea ce leagă experiența instinctuală de alte feluri de iubire și de aspecte afective.

În acest moment avem nevoie de un fel de schemă ce poate fi modificată astfel încât să acopere gradul de excitație ce trebuie să se piardă.

SCHEMA TEHNORED CF ORIGINAL

Pregătire

A. (Climax)

Relaxare

B. Amânare

Recuperare fără climax

(somn, trecerea timpului)

Relaxare

C. Amânare

Excitații deplasate

Congestii

Dezastru

Este necesar să se ia în considerare vârsta subiectului, o persoană în vârstă de 20-30 de ani suportând tensiunea mai bine decât una de 40-50 ani. O persoană tânără poate suferi chiar de tulburare mintală și disconfort corporal cauzate de neatingerea climaxului, fără a se adăuga riscul unui accident fizic cu schimbare ireversibilă precum tromboza unei arteriole.

În primul grad al eșecului (B), excitația locală se stinge treptat sau, în general, climaxul este manifestat în somn, sau jocul de golf, sau la o ceartă cu menajera

Următorul grad (C) produce o stare extrem de complexă, mai întâi cu congestii alternative și excitații deplasate, apoi cu una dintre stările mintale pe care le numim anormale în raport cu starea de sănătate a individului.

SCHEMA TEHNORD CF ORIGINAL

Dezastru...

(isterie)

depresie

depersonalizare

dezintegrare

simțul irealului

sau un amestec

tensiune generală (apărări haotice)

Doar trecerea timpului vindecă această fază în care are loc impotența sau frigiditatea, și probabil că există și o incapacitate de masturbare, sau masturbarea este posibilă doar prin punerea în lucru a mecanismelor perverse și regresive.

F. Elaborarea temei excitației.

Va fi clar că nu mă refer la:

1. Elație, o stare mintală, un aspect al minții sau
2. Apărarea maniacală împotriva depresiei, dispoziția depresivă fiind potențială, dar negată (hipomanie) sau
3. Balansul maniacal în psihoza maniaco-depresivă.

Excitația este condiția experienței instinctuale. Există multe zone în care excitația apare local, dar pentru personalitatea integrată excitațiile locale sunt parte dintr-un tot al unei stări generale de excitație, iar pura satisfacție locală a unei localizări instinctuale majore este o frustrare pentru întreaga persoană care aștepta un rezultat mai mare – de fapt, o experiență deplină pe bazele experienței din trecut.

Ne referim la masturbarea în adolescență și la cât de des este ignorată această problemă a participării totale, astfel că nu știm dacă descărcarea locală a tensiunii instinctuale este bună sau rea pentru întregul corp (aceasta ține atât de prezența, cât și de absența angoasei sau a sentimentului de vinovăție).

Atunci când excitația locală se constituie și devine o parte a excitației întregului corp și a unei personalități depline, dorim să aflăm mai departe dacă acest fenomen este sau nu o parte a relaționării, iar dacă este așa, să știm dacă celălalt obiect este un lucru sau o altă ființă umană.

La o extremă, nu există pătrundere din afară, nu există nici un motiv extern pentru ca excitația să nu se constituie într-un climax, urmat de relaxare. La cealaltă extremă, există toate motivele pentru care individului îi este dificil să obțină satisfacție și climax personal în timp favorabil, în timp ce climaxul a fost înlocuit cu nevoia altcuiva de a avea un climax în timp favorabil. Exceptând cazul când două persoane romantice sunt îndrăgostite una de cealaltă și condițiile de satisfacție simultană sunt îndeplinite.

Toate acestea sunt evidente, dar nu sunt sigure de atenția acordată fiziologiei impotenței și frigidității – găsim mai ușor afirmația că satisfacția instinctuală este bună, într-un sens fiziologic, producând o stare de atenuare generală a tensiunii – sau o stare numită normală.

Starea generală a lucrurilor la bărbații și la femeile cărora le place se vede din experiențele lor instinctuale de îmbogățirea relaționării este că o mare parte din excitații rămâne fără răspuns și trebuie să găsească o cale de a fi atenuate. Aici ne apropiem de fiziologia unor tulburări psihosomatice precum tromboza coronariană.

Halucinare și negarea halucinației

Scris pentru un seminar, la 3 octombrie 1957

O femeie a avut următorul vis; aceasta este relatarea ei:

„M-am trezit țipând (presupun că în surdina) dintr-un vis. Eram într-o cameră când un băiețel de vreo șase ani, îmbrăcat după moda veche, a intrat alergând spre mine, ca și cum mi-ar fi cerut ajutorul. Am recunoscut acest lucru ca fiind o halucinație și pur și simplu m-a îngrozit și am început să țip cât de tare puteam. Fiindcă se îndepărta, am aruncat după el cu o pernă, apoi cineva ca Nannie a apărut la ușă ca și cum ar fi vrut să vadă ce se întâmplă. Mă întrebam dacă și ea îl putea vedea pe băiețel, dar în partea asta a camerei totul era obscur. Am crezut mai degrabă că ea îl trăsesese deoparte. Speram ca W. să îmi audă țipetele și să vină, dar în acel moment am realizat că de fapt nu scoteam nici un sunet. Asta mi-a amplificat frica și, în această stare fiind, m-am trezit, încă destul de dezorientată. Chiar nu mai știam unde mă aflu și când, deși auzeam ticăitul ceasului. Un timp, am rămas într-o stare de groază. În cele din urmă mi-am revenit suficient pentru a mă scula și a mă duce să urinez.”

Erau asociații pe marginea visului, iar pacienta simțea că au legătură cu o interpretare legată de negarea halucinației. Pacienta mi-a descris acest vis ca fiind pe departe cel mai îngrozitor dintre multele sale coșmaruri.

Asociațiile asupra visului și locul lor în analiză au clarificat mult care era rolul visului. Aspectul la care vreau să mă refer privește această relație între halucinație și negarea halucinației. Aș dori să supun dezbaterii această idee.

Sunt adesea frapat de o dificultate, pe care nu o întâlnim ca atare atunci când spunem, uneori, că un pacient halucinează și când luăm asta ca pe o evidență a psihozei, iar alteori ne referim la pacienți, și în special la copii, ca halucinând, fără să considerăm că ar fi bolnavi. Ei pot fi obosiți și deci

conștienți de halucinații pe care, atunci când sunt mai agitați, le ascund sau le limitează la tipurile de obiecte pe care le percep în mediul lor. Numeroși sunt copii care halucinează liber, și în mod sigur nu pun diagnosticul de anormalitate atunci când o mamă îmi spune că prin apartamentul ei trece o vacă și că băiatul ei de patru ani suportă cu greu acest inconvenient. Același băiețel are o serie întreagă de obiecte imaginare ce trebuie tratate cu respectul cuvenit – cineva, de exemplu, numit Flufu, care trăiește mai tot timpul sub un scaun și care este în mod vag amestecat cu ideea de Iisus. Nu am nevoie să dau alte exemple deoarece oricine se află în contact cu copiii știe că acești copii care halucinează liber nu sunt în mod necesar bolnavi.

Să ne punem însă întrebarea: există vreo diferență între halucinarea ce denotă boala și cea care nu are nici o semnificație? Probabil că răspunsul la această întrebare este acela că există câteva căi prin care putem face distincția între halucinarea normală și cea patologică. Aș dori să mă refer la o posibilă diferență și astfel făcând, aș dori să-i mulțumesc doamnei Little pentru ajutorul direct pe care mi l-a dat. Cred într-adevăr că tipul de discuție pe care îl promovez aici este legat de dezbaterea lucrării ei asupra transferului delirant⁹.

Sugerând un răspuns la această întrebare, folosesc ceea ce mi se pare a fi perspectiva valoroasă a unei noi înțelegeri asupra negării halucinației. Am căutat ani la rând o cheie pentru felul special în care folosesc copiii și adulții negrul. Întinericul poate fi plăcut, iar negrul poate fi pentru unii oameni cea mai frumoasă culoare, dar negrul denotă în același timp și răul, terifiantul, traumaticul. La o reuniune a secției medicale, la care am fost președinte, am organizat discuția în jurul cuvântului „negrul”, dar răspunsul pe care îl așteptam nu a venit, chiar dacă a fost aproape dat de dr Robert Moody, un psihanalist jungian. Mă refer, de exemplu, la binecunoscutul fenomen cum este, de exemplu, cel de înnegrire a unei picturi după ce tocmai a fost pictată. Cunosc un pacient internat într-un spital de boli psihice care picta bine pe vremea aceea, dar care întotdeauna își înnegrea

⁹ Margaret I. Little, “On delusional Transference (Transference Psychosis)”, *International Journal of Psycho-analysis* 39 (1958); reluat în Little, *Transference Neurosis and Transference Psychosis* (New York, Londra: Jonson Aronson, 1981).

lucrarea; dacă uneori se putea salva vreuna, nu se opunea să fie înrămată și să fie expusă, dar cred că în acel moment el chiar nu știa că era vorba despre lucrarea lui.

Unul dintre tinerii mei pacienți schizofreni nu a făcut o vreme nimic altceva decât să înnegrească toată suprafața foilor de hârtie. Treptat, a devenit clar că sub negru, din punctul lui de vedere, exista un tablou. Uneori, întindea pânza și picta sau desena, și îmi permitea să văd halucinația ce trebuia să fie negată, dar pentru el era traumatic dacă i se lua un desen și era expus, astfel că nimeni nu făcuse vreodată ceva atât de îngrozitor.

Sugestia mea este că în unele cazuri remarcăm că halucinația este patologică deoarece cuprinde în ea un element compulsiv ce poate fi explicat în modul următor. Ceva a fost negat halucinație și, în plan secundar, pacientul halucinează negând negarea halucinației. Este ceva complex deoarece în primul rând a fost ceva văzut, apoi o halucinație a fost negată și apoi o serie lungă de halucinații care, să spunem așa, a încercat să umple golul produs de scotomizare.

Visul pe care vi l-am oferit ilustrează acest lucru foarte bine. Cazul este simplificat de faptul că pacienta nu este psihotică, dar trebuie să fi devenit psihotică în transfer, pentru a ajunge la reamintirea unei suferințe ce aparține unei perioade când ea avea aproape doi ani. Analiza a durat mult timp și, pentru a avea forța de a face față acestei traume, pacientei i-a fost necesară o regresie foarte profundă. Altfel spus, a trebuit să devină capabilă să înfrunte dificultățile timpurii din relația cu mama sa, pentru a putea merge mai departe spre a-și folosi tatăl ca tată și apoi să poată tolera trauma teribilă produsă când el s-a expus în fața ei. În cadrul actual, tatăl practicase un fel de psihoterapie a copilului, propunându-i să se joace cu un frumos penis neexcitat, care a compensat retragerea timpurie a sânelui mamei. Brusc și oarecum neașteptat, pacienta s-a confruntat cu excitația sexuală a tatălui și rezultatul a fost absolut dezastroas. Pot lăsa deoparte restul descrierii cazului și spun doar că atunci când pacienta a ajuns la acest moment traumatic (de fapt, o sumă de traumatisme multiple), a ajuns de fapt la negarea halucinării organului genital excitat. În vis, copilul care se apropie este halucinat într-un mod compulsiv, într-o ultimă încercare de a nega spațiul din fața pacientei, în momentul negării halucinației organului genital.

Un vis al ei din urmă cu mulți ani, a lăsat să se întrevadă toate acestea, dar trăirea ce ține de această succesiune a evenimentelor – percepție, scotomizare, halucinare compulsivă – nu a fost resimțită decât recent. Când pacienta a venit pentru prima oară la mine, în locul băiețelului era o lumină strălucitoare, iar asta aproape că l-a condus pe o cale falsă a spiritismului, cale pe care au urmat-o și alți membri ai familiei care aveau legătură, ca și pacienta, cu diferite aspecte ale stării anormale a tatălui, tată care la rândul său trecuse printr-o seducție din copilăria timpurie, probabil pe când avea doi ani.

Astfel, teza mea este că identificăm uneori un tip special de halucinare, care este compulsivă și înspăimântătoare, în pofida faptului că, în sine, nu e ceva înspăimântător. Cheia, sugerez eu, este că ea trebuie menținută pentru a nega scotomizarea sau negarea halucinației. Aceasta trebuie să fie o fază deosebit de importantă, în funcție de faptul dacă trauma emoțională a fost reală sau un vis.

8

Idei și definiții

Probabil la începutul anilor 50

Self-ul fals. Self-ul adevărat.

Acești termeni sunt folosiți în descrierea unei organizări defensive în care există o preluare prematură a funcțiilor mamei de îngrijire a copilului, astfel încât bebelușul sau copilul se adaptează la mediu în timp ce, totodată, își protejează și ascunde adevăratul *Self*, sau sursa impulsurilor proprii. Aceasta se aseamănă cu funcția Eului, din operele timpurii ale lui Freud, care se îndreaptă spre lume, fiind cuprins între Sine și realitatea exterioară.

În cazurile tipice, adevăratul *Self*, prizonier fiind, este incapabil să funcționeze și, fiind protejat, ocaziile sale pentru experiența de a trăi sunt limitate. Viața este trăită prin intermediul falsului *Self*,

compliant, iar rezultatul clinic este un simț de irealitate. Alți autori au folosit următorul termen pentru a descrie stări similare: Eu observator.

Spontaneitatea și impulsul real pot proveni doar de la *Self*-ul adevărat și de aceea se întâmplă ca nevoile unei persoane să preia funcțiile *Self*-ului fals.

Obiect tranzițional. Fenomen tranzițional.

Termenul de „obiect tranzițional” este menit să confere semnificație primelor semne din dezvoltarea copilului de acceptare a unui simbol. Precursorul unui simbol este, simultan, o parte din copil și o parte din mamă. Adesea, acest simbol precursor este de fapt un obiect, iar dependența copilului de acest obiect actual este recunoscută și permisă de părinți. Adesea nu există totuși o materializare a acestuia și astfel se pot regăsi mai târziu fenomene care au aceeași semnificație; de exemplu, privirea, gândirea, distincția culorilor, exploatarea mișcărilor și a senzațiilor corpului etc. etc.

Mama însăși poate deveni un obiect tranzițional, iar uneori degetul mare. Forme de generate sunt reprezentate de legănat, clătinatul capului, sugerea compulsivă a degetului etc., iar ulterior *pseudologia fantastica* și de furt.

În condiții prielnice, acest obiect face loc unei diversități de obiecte și unei întregi vieți culturale.

Regresia (la dependență)

În scrierile psihanalitice, termenul „regresie” se aplică în mod obișnuit pozițiilor pulsionale. Regresia are loc de la experiența erotică sau fantasmatică genitală la cea pregenitală, sau la punctele de fixație ce aparțin vieții infantile, în care fantasma pregenitală este în mod firesc dominantă.

Regresia este de asemenea un termen convenabil în descrierea unei stări a adultului sau a copilului aflat în transfer (sau în orice alt tip de relație de dependență), atunci când este atinsă o poziție anterioară și se restabilește dependența infantilă. În mod tipic, regresia de acest tip este de la independență la dependență. În acest mod de a folosi termenul, mediul este indirect adus în discuție atunci când dependența implică un mediu ce presupune dependență. Din contră, în celălalt mod de

utilizare a termenului „regresie”, nu există nici o referire la vreun mediu. Termenul „regresie” este de asemenea folosit pentru a descrie *procesul* ce se poate observa într-o terapie, o umbrire graduală a *Self*-ului fals sau protector, precum și abordarea unei noi relații în care *Self*-ul protector este încredințat terapeutului.

Mama îndeajuns de bună

Termenul este folosit în descrierea dependenței din copilăria timpurie. Consecința este că sănătatea mintală trebuie să fie întemeiată în fiecare caz de mama care, în condiții de sănătate, trebuie să vină minut de minut în întâmpinarea nevoilor copilului ei. Copilul are nevoie în mod absolut nu de un fel de perfecțiune a maternajului, ci de o adaptare îndeajuns de bună, care reprezintă o parte din viața relațională în care mama se identifică temporar cu copilul ei. Pentru a fi capabilă să se identifice cu copilul său într-o măsură suficientă, mama trebuie să fie protejată de realitatea externă, astfel încât ea să se bucure de o perioadă de preocupare, bebelușul fiind obiectul preocupării ei. Pentru a fi capabilă să piardă acest grad de identificare pe traseul copilului de la dependență la independență, mama trebuie să fie sănătoasă, în sensul de a nu fi obligată la o preocupare morbidă.

9

Psihogeneza unei fantasme de bătaie

Datat 11 martie 1958

Lucrarea lui Freud „Un copil este bătut” aduce în centrul atenției fantasma bătaiei. Extrema complexitate a organizării aflate dincolo de aceste fantasme este în mod clar evidențiată, precum și diferența dintre aceste fantasme la băieți și la fete. Ideea că o fantasmă de acest tip este

supradeterminată reprezintă o parte din această teză, și se consideră de la sine înțeles că și cruzimea astfel organizată este în mod cert asociată cu fixația la faza anală. După experiența mea, aceste fantasme, fiind extrem de comune și având nenumărate forme, trebuie să fie examinate din nou în fiecare caz în parte deoarece, deși există elemente comune, nu se poate aplica automat o aceeași regulă la toate cazurile.

În această scurtă notă, aș dori să descriu istoria unei fantasme de bătaie care persistă pe tot parcursul unei lungi analize și la elucidarea căreia s-a ajuns doar la final. Erau multe tendințe adunate la un loc în acest important detaliu și fiecare tendință își avea importanța ei. Încă de la început, pacienta a dat foarte clar de înțeles că analiza ei nu va fi cu succes decât dacă se va clarifica această idee deosebit de perversă, care era foarte importantă pentru ea și care toată viața se repetase ca o supapă sexuală, și totuși nu o trecuse niciodată în act până atunci. Exista într-adevăr un detaliu important, anume că în această fantasmă nu exista suferință.

Această stare de lucruri provenea din evoluția copilăriei timpurii. Încă de la începutul analizei știusem că într-un anumit stadiu în această dezvoltare, pe când pacienta avea în jur de cinci ani, corecțiile îi erau administrate de o anume doamnă Stickland, și, evident că bățul (*stick*) era o proprietate importantă pentru această doamnă. Nu era doar o idee, faptul era resimțit ca fiind de importanță fundamentală de către pacientă. Într-una dintre relatările asupra acestui subiect, mama pacientei era cea care căuta în garderoba ei un băț, dar asta era doar una dintre nenumăratele variații ale aceleiași teme. Odată, s-a gândit că existase un episod în care tatăl ei o pedepsise într-un moment de excitație sexuală. Asta s-a dovedit a fi însă o eroare, o fantasmă-ecran dincolo de care se găsea un episod sexual în care tatăl fusese descoperit de către copilă într-un moment jenant. În final, am fost de acord atât pacienta, cât și eu că nu exista nici o dovadă că fusese realmente bătută, nici măcar în jocul din copilărie.

Această pacientă urmase o analiză lungă și o alta scurtă înainte de a veni la mine, iar pe parcursul a zece ani de analiză cu mine a avut loc o regresie foarte profundă. În această regresie, pacienta era evident infantilă, iar la capătul regresiei ajunsese într-o stare de totală regresie, cu o foarte redusă

parte sănătoasă a Eului aflată în contact cu realitatea externă. În acest stadiu, așa cum descriam în altă parte, eu eram cel care se deplasa la pacientă și mă ocupam de treburile ei și îi cumpăram de mâncare. În timpul acestei faze de regresie profundă, o casă de ajutor îi prepara mâncarea și se ocupa de gospodărie. În final, pacienta a ieșit din starea de regresie, dezvoltarea ei ulterioară fiind deosebit de dureroasă atât pentru pacientă, cât și pentru mine, din cauza tensiunii la care ne supunea acest tratament.

A fost interesant că în timpul acestei regresii profunde și în revenirea imediat următoare, fantasma bătaii a fost singurul lucru care a rămas constant, în ciuda apartenenței ei la un stadiu ulterior de dezvoltare. Ori de câte ori pacienta avea o tensiune sexuală, descărcarea se obținea prin intermediul fantasmei pe care o descriu. Era probabil singura soluție sexuală fiabilă deoarece, foarte devreme în cură, contactul sexual cu bărbații devenise nesemnificativ. Trebuie să remarc pe scurt că această pacientă, din motive ce se vor clarifica la sfârșit, nu avusese nici o experiență homosexuală manifestă, chiar dacă atrăgea genul de persoane cu care ar fi putut lega astfel de relații. Absența experienței sexuale era o parte din starea ei de disperare intensă în relația cu mama sa, disperare care apare și în fantasma de bătaie.

Chiar la sfârșitul terapiei, pacienta a adus în prim plan în analiză această constelație, neschimbată, amândoi știind că, fără rezolvarea ei, analiza nu s-ar fi putut sfârși. În final, am aflat o cale pentru o mai bună înțelegere a materialului ei, care necesita interpretarea că ideea bătaii lua locul unei renunțări disperate la a mai putea comunica cu mama sa la nivel anal. Toată viața ei, pacienta își manipulase gazele intestinale și dezvoltase o întreagă tehnică în acest sens, dar totul fusese irosit, și existase o perioadă de profundă depresie asociată cu o deplină recunoaștere a unei disperări absolute trăite în copilărie în fața imposibilității de a comunica cu mama ei la acest nivel. Aceasta urma desigur unei disperări mai profunde legate de comunicarea la nivel oral, dar aici eșecul fusese atât de profund și implicase procese atât de primitive, încât Eul pacientei nu era suficient de organizat pentru ca ea să poată experimenta suferința sau disperarea. Ea putea simți doar că gura și foamea ei dispăruseră odată cu mama sa, care o înțărcase și o abandonase unei bone la vârsta de două luni.

Pacienta resimțea faptul că fantasma bății era legată de o fixație.

S-ar putea spune că nimic nu schimbase sentimentul pacientei față de fantasma bății la momentul în care a fost posibil să fac interpretarea, pornind de la materialul ședinței, că fixația era la mamă. Sadismul reprimat al mamei fusese factorul neschimbat. În viață, masochismul mamei fusese evident și constituise întotdeauna un element important care îi afectase realmente pe soț și pe copii. Se poate aprecia că se căsătorise și făcuse copii pentru a avea o experiență masochistă, uneori transpunându-se într-o poziție chiar mai evidentă de autopedepsă cu elemente suicidare. Sadismul subteran a izbucnit la bătrânețe, evident mai ales în maniera în care o trata pe o femeie care îi era devotată, și care avea un comportament destul de manifest homosexual.

Urmare acestei interpretări și a ședinței care i-a dat sens, am simțit că a avut loc o schimbare în asociația de-o viață a pacientei legată de fantasma bății. E posibil ca amănuntul cum că nu avusese niciodată senzația de a fi rănită să se lege cu faptul că importante fuseseră masochismul și fixația mamei ei.

Putem menționa însemnătatea, pe tot parcursul analizei, a relației pacientei cu inconștientul refulat al mamei, precum și faptul că relația pacientei cu mama sa era folosită ca o organizare defensivă împotriva angoasei. Disperarea din relația cu mama fusese doar o altă expresie a faptului că mama ca persoană nu fusese disponibilă, deși devenise astfel atunci când pacienta a devenit adult, și chiar îi devenise o prietenă bună, dar tristă și suferindă.

Mai există un element important - și anume acela că și fixația anală a pacientei a fost importantă, dar trebuie spus că din punct de vedere clinic nu s-a putut progresa până când fixația anală a mamei nu a putut căpăta semnificație. Revăzând materialul, nu știu cum ar fi putut analistul să scurteze analiza făcând acest gen de interpretare mai devreme. Cred că de fapt interpretarea fixației anale a mamei și a sadismului ei refulat nu s-ar fi putut face înainte de finalul analizei - și mă bazez astfel pe faptul că numai în acel moment a fost dat materialul în analiză pentru această interpretare.

Nimic în centru*Datat 19 iunie 1959*

Pacienta, o femeie de treizeci de ani, actriță, vine în analiză într-o stare de spirit aproape amicală. Vorbește despre multe lucruri care se petrec în viața ei. Are o personalitate plăcută și multe lucruri pe care le spune indică faptul că oamenii chiar o plac. Pot afirma acum că acesta constituia un aspect al principalei apărări a acestei paciente.

Ședința anterioară fusese extrem de nesatisfăcătoare. Pacienta nu fusese în stare să găsească vreun lucru la care să reacționeze. Se afla între două servicii, dar de nici unul nu se putea agăța și erau deja câteva săptămâni de când nu apăruse nimic altceva. Era agitată, speriată de această situație datorată faptului că nu exista nimic la care ea să poată reacționa. Precum spunea, dacă ar fi ajuns acasă și ar fi găsit o invitație la cină sau un mesaj de la agentul ei, ar fi fost din nou totul bine, ar fi fost fericită, plină de viață și hotărâtă. În această ședință anterioară, atinsese o stare de marasm și era extrem de iritată pe mine fiindcă părea să îmi convină asta. Ceea ce voia să spună era că eu nu adoptasem atitudinea pe care ea, părinții și prietenii ei o adoptau în acest caz, de genul „Pentru Dumnezeu, găsește-ți o slujbă, fă ceva, dă din coate” etc.

Fata lucrase din greu încă de la vârsta de zece ani, când a început să joace. La începutul terapiei, stătuse o perioadă într-un spital psihiatric unde i se permisesse să fie deprimată, iar asta a contat imens pentru ea; repet, nu se poticnise fiindcă se confrunta tot timpul cu o depresie. Simțea că știa încotro să o ia. În prezent, când este aproape vindecată, se regăsește totuși într-o stare de dezorientare teribilă.

În analiza acestei paciente, adevărata dificultate era de a ajunge la actul de a mânca și la fantasma adiacentă, respectiv la erotismul oral și la sadismul ce complica celelalte tipuri de relații de obiect. Pacienta fusese foarte iritată de mine cu o ședință înainte, pentru că tușeam și ea nu suporta asta, și

oricum știa că se enerva din motive neștiute. A putut relata că îi trecuse prin minte ideea de a avea un copil, indicând că analiza nu era bună fiindcă nu o făcuse să rămână însărcinată. Acesta era doar un aspect, totuși, al frustrării analize care fusese de fapt mereu reușită și productivă.

În ședința la care fac referință, pacienta se afla în starea ei obișnuită de apărare maniacală, în care totul merge bine și toată lumea o place, dar amândoi știam că era o stare precară și că dincolo de ea se afla altceva.

Frapant a fost ceea ce s-a întâmplat când am făcut o anumită interpretare. Ea a fost cea care a subliniat că fericirea ei se datora faptului că i se întâmplaseră unele lucruri, dar că ea rămăsese neschimbată. Am interpretat că dacă nu i s-a întâmplat nimic la care să reacționeze, atunci se regăsea în centrul ei însăși unde știe că nu se află nimic. Am spus că acel nimic din centrul ei este foamea ei imensă. Hăul din mijloc, care este ea însăși, este o foame de orice și aparține întregii ei vieți și include golul de dinaintea fecundării, ca și dorințele ei sexuale și orale. Imediat ce direcția interpretării mele i-a fost clară și, deși, interpretarea nu fusese complet nouă, a căzut într-un somn de plumb și a rămas adormită aproape douăzeci de minute. Când a început să se trezească și să se neliniștească fiindcă adormise și pierduse ședința, am reluat interpretarea, timp în care a căzut iar în somn și a rămas astfel până la sfârșitul ședinței. Când s-a trezit, a spus: „Am fost lipită pe divan.” S-a agățat apoi de divan pentru a se așeza și a-și pune pantofii, pentru că, în ciuda somnului, știa că e timpul să plece, și chiar a plecat. Înainte de a ajunge la ușa de la intrare, și-a recăpătat vivacitatea ei atât de atractivă.

Această pacientă deseori adoarme, pentru ca apoi să fie într-o stare exaltată de muncă fizică și de activitate până târziu, specifică vieții de actriță. De astă dată, somnul a avut o altă calitate, cred eu, cea pe care a descris-o spunând că s-a lipit de canapea. Presupun că somnul a reprezentat un tip particular de rezistență la interpretare. Esența interpretării a fost că exista un *Self* disociat care constituia nimicul; este nimic, dar și pustiu; este doar un gol, iar când acest gol prinde viață, ea nu mai este nimic altceva decât o foame imensă. Este pentru prima dată când, de-a lungul a patru ani de

analiză, am găsit împreună o expresie satisfăcătoare pentru adevăratul ei *Self* și totodată pentru foamea ei.

În aceeași perioadă a practicii mele, am avut un pacient, un bărbat care era doctor. Și el a trebuit să descopere un gol în centrul său. Mult timp, acesta a apărut în analiză ca o stare de poticnire, ceea ce era foarte alarmant pentru el. Am avut de-a face cu ea în diferite chipuri. Într-un fel, atunci când am eliminat treptat atacurile în așa fel încât el nu mai avea la ce să reacționeze, el a devenit un obiect în spațiu, necunoscându-și timpul și poziția. În trei ședințe succesive din acea săptămână, pacientul a ajuns la o altă perspectivă asupra a ceea ce reprezintă pentru el o parte a căutării unui *Self* pe care să îl simtă real. Cu mare dificultate, a eliminat nenumăratele lucruri din viața lui la care reacționa și al care făcea față cu succes. E vorba inclusiv despre familia și cu soția, care inevitabil îl confruntă cu mari dificultăți din cauza abilității ei de a se cola exact pe pattern-ul mamei lui. Din acest motiv o alesese, după cum o știe acum atât de bine. În cazul acestui pacient, era de o importanță vitală ca eu să recunosc că nu există nimic în centrul său. A trebuit să renunțe și la potența lui, care era reactivă. Nu numai că nu credea că acolo în el ar fi ceva ce s-ar fi putut numi el, dar chiar știa că nu se afla nimic în centrul său, ceea ce pentru el era singurul lucru suportabil. Dacă aș fi început să îi dau cea mai mică speranță că ar exista ceva în centru, ar fi trebuit să mă distrugă. Este interesant că acest pacient a început să se schimbe în bine atunci când s-a constituit el însuși într-un nimic. Ceea ce a relatat la sfârșitul acestor trei ședințe în care acest subiect a fost pe deplin perlaborat și în cursul cărora a fost capabil să mențină starea de gol, a fost exprimat în modul următor: a spus că se simțea strâns înfășurat între picioare și descria efectul pe care asta îl are asupra organelor lui genitale și asupra capacității de a urina. Aveam la dispoziție un material considerabil, care mi-a permis să fac următoarea interpretare. Îmi spunea în termeni fizici cum, în mica sa copilărie, mama îi comunica că, din punctul ei de vedere, era fată, și nu băiat. Consistența interpretării mele provenea din faptul că el era al doilea băiat și că atitudinea părinților săi trădase întotdeauna regretul lor că cel de-al doilea copil al lor nu a fost fată. I-am putut spune că mama îi pusese scutecele așa cum i se pun unei fete, oarecum ca un tampon igienic. Consecința a fost că nu a avut libertatea de a urina și, când i-am

subliniat că, dacă ar fi fost un copil sălbatic, crescând în păduri, în peșteră, lucrurile ar fi stat altfel, el a prins sensul interpretării mele și, pornind de aici, a avut reprezentarea unui băiat urinând liber. E pentru prima oară când își poate aminti că penisul său îi aparține. Este ca și cum ar fi începutul potenței sale, pe care n-a avut-o niciodată, chiar dacă are o familie. Aici, într-un mod diferit de primul caz, este vorba despre un bărbat ce trebuie să ajungă în golul din centrul său. În acest caz nu a fost vorba de foame, ci de urinat. Compararea celor două cazuri poate constitui un subiect de discuție.

11

Destinul obiectului tranzițional

Schița unei conferințe susținute la Association for Child Psychology and Psychiatry¹⁰, Glasgow, 5 decembrie 1959

Cu toate că mulți dintre dumneavoastră sunt familiarizați cu ideile mele despre obiectele tranziționale, aș dori, mai întâi de toate, să îmi reconsider punctul de vedere și să trec ulterior la subiectul meu principal, respectiv la chestiunea destinului lor. Aceasta e o afirmație referitoare la modul în care obiectele tranziționale au, cred eu, semnificație. Ele îmi par a urma câteva direcții de tranziție. Una dintre acestea se referă la relația de obiect; un bebeluș ține în gură întâi suzeta, apoi degetul mare, apoi o alternează între degetul mare, celelalte degete, și alte obiecte alese de copil pentru a fi mânuite (*handling*). Treptat, folosește obiecte care nu mai fac parte din copil, și nici parte din mamă.

Un alt tip de tranziție se referă la trecerea de la un obiect care este subiectiv pentru copil la unul care este perceput obiectiv sau extern. La început, indiferent de obiectul care intră în relație cu copilul, el este creat de copil, sau cel puțin aceasta este teoria la care eu ader. Este ca o halucinație.

Are loc o amăgire, iar un obiect care este deja la îndemână se suprapune cu o halucinație. Evident, modul în care se comportă acum mama sau substitutele ei este important. O mamă este bună și alta este rea după cum acceptă ca un obiect real să fie exact acolo unde halucinează copilul un obiect, astfel încât de fapt copilul dobândește iluzia că lumea poate fi creată și că ceea ce este creat este lumea.

În acest moment, vă veți gândi la termenul doamnei Sechehaye de „realizare simbolică”¹¹; iar a face să fie real un simbol, exclusiv din punctul nostru de vedere referitor la copilăria cea mai timpurie, ne face să ne gândim la a face să fie reală o halucinație. Aceasta inițiază de fapt capacitatea bebelușului de a folosi simboluri, iar acolo unde creșterea are loc fără complicații, obiectul tranzițional reprezintă primul simbol. Aici simbolul este, simultan, halucinație și parte obiectiv percepută a realității externe.

Pornind de la aceste lucruri, se va vedea că descriem viața unui bebeluș, viață care înseamnă de asemenea și relaționarea bebelușului cu mediul prin intermediul mamei sau al substitutului ei. Vorbim despre un „cuplu de îngrijire”, pentru a folosi termenul lui Merrill Middlemore¹². Ne referim la faptul că nu poate exista un bebeluș deoarece atunci când vedem un bebeluș la o vârstă atât de timpurie știm că vom găsi persoana care-l îngrijește și bebelușul ca parte a acestei persoane care-l îngrijește.

Această modalitate de a stabili semnificația obiectului tranzițional face necesară utilizarea cuvântului „iluzie”. Mama îi permite bebelușului să aibă iluzia că obiectele din realitatea externă pot fi reale pentru copil, respectiv că ele pot fi halucinații atât timp cât doar halucinațiile sunt simțite reale. Dacă un obiect extern este considerat real, atunci relaționarea cu el trebuie să fie precum relaționarea cu o halucinație. Sper că sunteți de acord, aceasta ne trimite la un o antică dilemă filosofică și vă veți gândi la două ghicitori, una din ele aparținându-i lui Ronald Knox:

Oare piatra și copacul

¹⁰ Asociația pentru Psihiatria și Psihologia copilului (n. t.)

¹¹ M. A. Sechehaye, *Symbolic Realization* (New York: International Universities Press, 1951)

Continuă să existe

Chiar și atunci când nimeni nu le vede?

Și răspunsul:

Piatra și copacul

Continuă să existe

Fiind văzute de tine, încrezător...

Asta înseamnă că un obiect extern nu există pentru tine sau pentru mine decât dacă tu sau eu îl halucinăm, dar, sănătoși fiind, avem grijă să nu halucinăm decât acolo unde cunoaștem ceea ce vedem. Desigur, când suntem obosiți sau în obscuritate, putem face unele greșeli. Bebelușul cu un obiect tranzițional se află, în opinia mea, tot timpul în această stare în care îi permitem să fie, și care, deși este nebunie, noi nu o numim nebunie. Dacă bebelușul ar putea vorbi, ar spune: „Acest obiect este parte din realitatea externă și eu l-am creat.” Dacă eu spun sau tu spui asta, am fi închiși sau poate leucotomizați. Aceasta ne dă sensul cuvântului „omnipotență”, de care avem realmente nevoie deoarece, atunci când vorbim despre omnipotența din copilăria timpurie, nu înțelegem doar omnipotența gândirii; intenționăm să arătăm că bebelușul crede într-o omnipotență ce se extinde la unele obiecte și poate tinde să o cuprindă pe mamă și alte persoane din mediul apropiat. O tranziție se face de la controlul omnipotent al obiectelor externe la diminuarea controlului și, în cele din urmă, la conștientizarea faptului că există fenomene ce scapă controlului unei persoane. Obiectul tranzițional, ce este simultan parte din bebeluș și parte din mamă, dobândește noul statut numit „posesiune”.

Există și alte tranziții despre care eu consider că au loc în procesele din perioada în care bebelușul folosește obiecte tranziționale. De exemplu, cele ce aparțin de dezvoltarea forțelor copilului, dezvoltarea coordonării, și de o îmbogățire graduală a simțurilor. Simțul olfactiv este cel mai intens și probabil că nu va mai fi niciodată la fel, exceptând poate episoadele psihotice. Textura înseamnă

¹² M. P. Middlemore, *The Nursing Couple* (Londra: Hamish Hamilton, 1941)

atât cât poate însemna ea vreodată, ca și uscăciunea și umiditatea, și ceea ce resimte ca fiind rece și cald; aceste lucruri au o semnificație extraordinară.

Printre acestea, să menționăm și extrema senzitivitate a buzelor și, fără îndoială, simțul gustativ. Cuvântul „dezgustător” încă nu înseamnă nimic pentru bebeluș, iar la început el nu este deloc preocupat de excreții. Înmuiera și salivarea, ce caracterizează copilăria timpurie, impregnează obiectele și amintește de cea a unui leu în cușcă de la grădina zoologică, care pare să își înmoaie osul cu salivă înainte de a-l mușca și a-l mânca. Cât de ușor este să ne imaginăm leul, mângâind cu sentimente tandre osul pe care este pe cale să îl distrugă. Deci, în fenomenele tranziționale vedem debutul capacității de a avea sentimente tandre, cu relaționare pulsională directă, cufundându-se în refularea primară.

Astfel putem observa că utilizarea unui obiect de către copil poate fi într-un fel sau altul legată de funcționarea corpului și, într-adevăr, nu ne putem imagina că un obiect ar putea avea o semnificație pentru bebeluș decât dacă este legat de corp. Acesta este un alt mod de a spune că Eul se fondează pe Eul corporal.

Am dat câteva exemple doar pentru a vă reaminti tot soiul de posibilități existente și care sunt ilustrate în cazul propriului vostru copil, ca și în cazul copiilor care vă sunt pacienți. Uneori, vedem că mama este folosită ca și cum ea însăși ar fi un obiect tranzițional, iar asta poate persista și produce riscul unei tulburări grave; de exemplu, un pacient pe care l-am tratat recent folosea lobul urechii mamei lui. Veți ghici că în aceste cazuri când este folosită mama, aproape sigur că există ceva în mamă – o nevoie inconștientă de copilul ei – la care copilul se adecvează.

Ulterior, mai poate persista utilizarea degetului mare, sau a celorlalte degete, precum și mângâierea tandră sau nu a unor părți ale feței mamei sau ale unui obiect, acțiuni ce pot avea loc simultan. În unele cazuri, mângâierea continuă, iar suptul degetului mare sau al celorlalte degete e pierdută din vedere. Apoi se întâmplă adesea ca un bebeluș care nu a folosit mâna sau degetul mare pentru o satisfacție autoerotică să nu poată folosi niciodată un obiect într-un fel sau altul. Atunci când este folosit un obiect, are loc ulterior o extindere a interesului așa încât, curând, alte obiecte devin

importante. Dintr-un motiv sau altul, fetele tind să persiste cu obiectele moi până când continuă cu păpușile, iar băieții tind să meargă mai rapid spre adoptarea obiectelor tari. Sau, mai exact, băiatul din copiii de ambele se îndreaptă spre obiectele tari, iar fata din copiii de ambele sexe tinde să-și mențină interesul pentru moliciune și textură, iar asta se poate adăuga în final la identificarea maternă. Adesea, atunci când există un obiect tranzițional bine definit în copilăria timpurie, acesta persistă în pofida implicării copilul în utilizarea următoarelor obiecte, mai mult sau mai puțin importante; probabil că în perioade de mare tensiune, tristețe sau deprivare are loc o întoarcere la origine, sau la degetul mare, sau la pierderea simultană a capacității de a folosi simboluri și substitute.

Aș dori să mă opresc aici. Există o infinită varietate în tabloul clinic și cu toții putem vorbi despre cât de folositoare sunt implicările teoretice.

Trecerea obiectului tranzițional

Există două abordări ale acestui subiect:

A. Bătrânii soldați nu mor niciodată, ei pur și simplu dispar în depărtare. Obiectele tranziționale tind să fie lăsate în cutia de vechituri, în fundul unui sertar sau în spatele unui cufăr de jucării. De obicei, copilul știe asta. De exemplu, un băiat care uitase de obiectul său tranzițional, are o fază de regresie în urma unei depriveri. Se întoarce la obiectul său tranzițional. Există apoi o întoarcere graduală la o alte posesii achiziționate ulterior. Deci, obiectul tranzițional poate fi:

1. suplinit, dar păstrat
2. uzat
3. îndepărtat (nesatisfăcător)
4. păstrat de mamă – relicva unui timp prețios în viața ei (identificare)
5. etc.

Aceasta referitor la soarta obiectului.

B. Ajung acum la principalul punct pe care aş vrea să-l pun în continuare în discuție. Nu este o idee nouă, deşi cred că era nouă atunci când am descris-o prima dată într-o lucrare. (Mă tem acum că o veți considera evidentă, în afara cazului în care, desigur, nu sunteți de acord cu ea.)

Dacă este adevărat că obiectul tranzițional și fenomenul tranzițional se află la baza simbolismului, atunci cred că putem afirma cu fermitate că aceste fenomene marchează originea, în viața bebelușului și a copilului, a unui fel de a treia arie a existenței, o a treia arie ce cred că a fost dificil de integrat de către teoria psihanalitică, ce a trebuit să se ridice treptat, conform metodei piatră-cu-piatră, specifică științei.

Această a treia arie se poate transforma și poate deveni viața culturală a individului.

Care sunt cele trei arii? Prima, cea fundamentală, este realitatea psihică sau internă a individului, inconștientul, dacă preferați (nu inconștientul refulat, ce urmează imediat, dar se definește fără doar și poate). Realitatea psihică personală este cea de la care individul „halucinează” sau „creează” sau „concepe”. Din ea sunt făcute visele, chiar dacă sunt învelite în materiale desprinse din realitatea externă.

A doua arie este realitatea externă, lumea care este treptat recunoscută ca Non-Eu de către bebelușul care se dezvoltă sănătos, care și-a constituit un *Self*, având o membrană limitativă și un interior și un exterior. Universul extins cu care se relaționează omul, ca să spunem așa.

Acum, bebelușii și copiii, și adulții, iau în ei înșiși realitatea exterioară, ca înverșunându-se pentru visele lor, și se proiectează în obiectele și lumea externă și îmbogățesc realitatea exterioară cu percepțiile lor imaginative.

Dar cred că noi găsim chiar și o a treia arie, o arie de existență ce corespunde fenomenelor tranziționale ale copilului și care de fapt derivă din ele. Atât timp cât bebelușul nu a trecut prin fenomenul tranzițional, acceptarea simbolurilor este deficientă, consider eu, iar viața culturală este sărăcită.

Fără îndoială că înțelegeți cu ușurință la ce mă refer. Să o spunem chiar mai clar: merg la un concert și ascult un cvartet de coarde, din perioada târzie a lui Beethoven (vedeți că exagerez mult). Acest

cvartet nu este doar un fapt extern creat de Beethoven și cântat de muzicieni; și nu e unul dintre visele mele, care, pe de altă parte, nu sunt atât de frumoase. Experiența, cuplată cu pregătirea mea pentru asta, îmi permit să creez un eveniment fericit. Mă bucur de el deoarece spun că eu l-am creat, eu l-am halucinat, iar el este real și ar fi fost acolo chiar dacă m-aș fi născut sau nu.

Asta este o nebunie. Dar în viața noastră culturală noi acceptăm nebunia, așa cum acceptăm nebunia bebelușului care pretinde (**though in unuttering muttering**): „Am halucinat asta, iar asta e o parte din mama care era acolo înainte ca eu să apar.”

De aceea veți vedea de ce cred eu că obiectul tranzițional este esențial diferit de obiectul intern din terminologia Melaniei Klein. Obiectul intern este un element din realitatea internă, care devine din ce în ce mai complex, cu fiecare moment din viața copilului. Obiectul tranzițional este pentru noi un capăt de păturică, dar pentru bebeluș el reprezintă, simultan, sânul mamei și, ca să spunem așa, sânul mamei internalizat.

Observați secvența în care mama este absentă. Bebelușul se agață de obiectul tranzițional. După o perioadă de timp, mama internalizată se constituie și obiectul tranzițional încetează să mai însemne ceva. Cu alte cuvinte, obiectul tranzițional este simbolistica obiectului intern care este ținut în viață prin prezența vie a mamei.

În același fel, probabil, un adult poartă doliu după cineva, iar în timpul doliului încetează să se bucure de evenimentele culturale; revenirea din doliu este însoțită de întoarcerea la toate interesele intermediare (inclusiv la experiențele religioase) ce îmbogățesc cu sănătate viața individului.

În acest mod, eu simt că fenomenele tranziționale nu trec, cel puțin nu în cazul sănătății. Ele pot deveni o artă pierdută, dar asta este o parte din boala pacientului, o depresie, și ceva echivalent cu reacția la deprivare din copilărie, când obiectele tranziționale și fenomenele tranziționale sunt pentru o vreme (sau uneori permanente) lipsite de sens sau inexistente.

Mi-ar plăcea tare mult să aud reacția voastră la această idee de a treia arie a experienței, legătura ei cu viața culturală și derivarea ei presupusă din fenomenele tranziționale din copilărie.

12

Note despre joc

Nedatat

I

Caracteristica jocului este plăcerea

Observații asupra puiului de animal, și inclusiv asupra puiului de om.

II

Satisfacția în joc depinde de folosirea simbolurilor, deși, la origine, pulsivitatea derivă din instinct.

Simboluri: Aceasta o reprezintă pe aceea.

Dacă *aceea* este iubită, *aceasta* poate fi folosită și te poți bucura de ea.

Dacă *aceea* este detestată, *aceasta* poate fi aruncată, lovită, omorâtă etc., reparată, apoi rănită din nou etc.

Prin urmare: capacitatea de a se juca este o *desăvârșire* dezvoltării afective a fiecărui copil.

III

Jocul este o desăvârșire a dezvoltării afective a individului

A. tendința care este moștenită îl propulsează pe copil (datorită extremei dependențe a copilului) și

B. Pregătirea unor condiții de mediu care să satisfacă nevoile bebelușului și ale copilului mic, astfel încât dezvoltarea să nu fie întreruptă de reacții la influențe (rece, cald, un *holding* defectuos, un *handling* eșuat, înfometare etc.), și

C. Jocul începe ca un simbol al încrederii bebelușului și a copilului mic în mama sa (sau în substitutul mamei).

IV

Jocul este o *elaborare imaginativă* a funcțiilor corporale, relaționată cu obiecte, și angoasă.

Pe măsură ce copilul devine din ce în ce mai complex, ca o personalitate, cu o realitate personală sau internă, jocul devine o expresie în termeni de materiale externe a relaționărilor interne și a angoaselor. Aceasta conduce la ideea că jocul este o expresie a identificărilor cu persoane, animale și obiecte din mediul neînsuflețit.

V

Jocul este în primul rând o *activitate creativă* (ca în vis) înfăptuită

1. În termeni de actual (propriul corp, și obiecte, în mână)
2. În condițiile în care copilul se încrede în cineva, sau a devenit încrezător, în general, prin experiența potrivită a unei bune îngrijiri.

În schimb, o îngrijire inadecvată produce o lipsă a încrederii, diminuează capacitatea de a se juca.

VI

Producții ale jocului

În afara elementului esențial, care este plăcerea, jocul îi oferă copilului experiența în:

- a. manipularea obiectelor
 - b. managementul puterii de coordonare, aptitudini, raționamente etc.
- C. controlul dincolo de o arie limitată. Atunci când copilul descoperă puterea limitată de control, el descoperă în același timp scopul nelimitat al imaginației.

Prin joc, copilul se relaționează creativ cu realitatea. La final, aceasta produce o existență creativă și duce la capacitatea de a se simți real și de a simți că viața poate fi folosită și îmbogățită. Fără joc, copilul este incapabil să vadă lumea în mod creativ și, drept consecință, este atras spre complianță și spre un simț al futilității, sau spre exploatarea satisfacțiilor instinctuale directe.

Mai ales în gestionarea agresivității și a distructivității, jocul are o funcție vitală, atunci când un copil are capacitatea de a se bucura de manipularea simbolurilor. În joc, un obiect poate fi:

- distrus și reparat
- rănit și vindecat

- murdărit și curățat

- omorât și reînviat

adăugându-se desăvârșirea ambivalenței în joc, în locul clivajului obiectului (și a *Self*-ului) în bun și rău.

VII

Evoluția capacității de joacă (socializare)

De la joacă provine:

- a. joaca împreună cu ceilalți, ce duce la dobândirea abilității de
- b. joacă în acord cu regulile: ale copilului, regulile celorlalți, reguli comune.
- c. jocuri cu reguli și strategii prestabilite.
- d. acceptarea complexității, în termeni de conducător și a fi condus.

VIII

Psihopatologia jocului

A. *Pierderea capacității*, asociată cu lipsa încrederii, angoasă asociată cu nesiguranță.

B. *Stereotipie* în pattern-ul jocului (angoasă *versus* fantasmă liberă)

C. Fugă în *reverie* (o stare manipulată, la jumătate de drum între visul autentic și joc)

D. *Senzualizare* – pulsivitatea apare în stare brută pe măsura eșecului simbolizării.

E. *Dominare* – un singur copil capabil să joace jocul său, dar implicând alți copii care trebuie să se supună.

F. *Eșuarea în a juca* (copii neliniștiți, deprivați) altfel decât cu reguli stricte sau cu un supraveghetor al jocului

G. Fuga către *exercițiul fizic* din gimnastică ritmică, direct către o nevoie de a fi instruit, dacă trebuie să evite inerția.

IX

Relația cu masturbarea în adolescență

La această vârstă, poate exista o legătură fină între masturbarea fizică și fantasma inconștientă și trecerea la act compulsivă a fantasmei masturbatorii, ca parte a unei așteptări (în mare inconștientă), pentru a tolera conflictul sau vinovăția legată de masturbare.

X

Către adolescență

Jocul ajută în timpul acestei faze de nedeterminare sexuală, deoarece în acțiune și în dezbrăcare există infinite ocazii de identificări încrucișate – justificând transvestismul.

De asemenea – exprimat în tipuri caracteriale:

- băiețoasă (fată)
- tip matern sau de adorator de eroi (băiat)

pasiune

implicare homosexuală

XI

Adolescența (timpurie)

Tensiunile pulsionale devin intense, astfel că se poate pierde capacitatea de joacă, iar masturbarea compulsivă (în special la băieți) poate fi substituită.

În special în această fază există o ușurință de a înlocui jocul în trecerea la act compulsivă a fantasmei masturbatorii.

În școli, jocurile culturale sunt în mod tipic exploatate pentru a-i distra pe băieți de la conflictele ce apar din cauza tensiunii sexuale și a masturbării compulsive. Cu fetele, această tactică nu are același succes, ea funcționând numai la fetele cu identificare masculină. Fetele cu identificare feminină nu se hrănesc din resursele sociale. Ele trec prin perioade de intensă depresie (să spunem spre 14 ani), intrând probabil fără succes în competiție cu fetele de carieră, care par a fi în general acceptate și cu succes.

În cazul băieților care au calități materne prin identificări tipice, ne așteptăm la o suferință considerabilă acolo unde cultura autohtonă pretinde jocuri și sarcini de realizat, în locul unei vieți

personale. Cei care protestează sunt clinic eşuați la această vârstă și se înverșunează să obțină recunoaștere socială; pentru a compensa, se strâng în grupuri care îi izolează de societate.

XII

Adolescența

Caracteristica jocului în adolescență este aceea că „jucăriile” devin treburile lumii:

1. Ei „se joacă” cu politica mondială, o trăiesc intens și îi blamează pe adulți, supărându-se realmente, sau
2. „se joacă” de-a mama și de-a tata, în sensul că au relații de iubire, și poate chiar se căsătoresc și au copii, sau
3. „se joacă” cu construcții imaginare, devenind sau învățând să devină artiști, muzicieni, filosofi, arhitecți, religioși entuziaști etc., sau
4. „se joacă” jocuri devenind profesioniști sau intrând în competiții în campionate mondiale, sau
5. „se joacă” de-a războiul ducându-se să lupte, sau făcând lucruri ce implică un risc real. Dacă sunt delincvenți, „se joacă” de-a tâlharii fiind tâlhari, sau
6. nu reușesc să se joace, pierzându-și această capacitate și regresând spre:
 - a. paralizie (introversie sau o stare de non-existență schizoidă), incluzând boli, droguri, crize de furie maniacală sau impulsuri suicidare
 - b. exploatarea pulsionii și activitate de liberă fantasmare (în cel mai bun caz, o viață extravertă).

13

Psihonevroza în copilărie

Conferință susținută la Congresul Scandinav de Ortopsihiatrie, Helsinki, 8 septembrie 1961

Inițial, conferința mea se intitula „Copilul nevrotic”. Credem însă că aceste cuvinte, și în orice caz în limba engleză, sunt mai populare decât terminologia diagnostică. În fapt, așa-numiții copii nevrotici se descoperă a fi, într-un tratament analitic, în parte psihotici. Un element psihotic se ascunde în copilul nevrotic, și se poate întâmpla ca acest element psihotic să fie descoperit și tratat, dacă starea copilului o cere.

Pentru a-mi face sarcina mai ușoară, am decis să schimb titlul inițial cu „Psihonevroza în copilărie”. În acest sens, voi încerca să vă ofer o prezentare a ceva ce este diferit de psihoză. Rămâne totuși o dificultate, anume aceea că există două posibile căi de a aborda chiar și acest titlu simplificat. Să vorbesc despre originile psihonevrozelor, origini care se regăsesc întotdeauna în copilăria individului pe care să învețe, sau să vorbesc despre starea clinică a copiilor care sunt ei înșiși, în acel moment, în timpul copilăriei, psihonevrotici? Nu mă voi preocupa prea îndeaproape de această dilemă.

Voi descrie în continuare psihonevroza și o voi distinge de alte stări psihiatrice. Desigur, în psihiatrie nu există limite clare între stările clinice, dar pentru a ajunge la un rezultat, trebuie să pretindem că limitele există. Principala alternativă la psihonevroză este psihoza. Să spunem că în psihoză există o tulburare ce implică structura personalității. Pacientul se poate prezenta ca fiind dezintegrat, sau ireal, sau dincolo de orice contact cu propriul corp sau cu ceea ce observatorii numesc realitate externă. Din contră, în psihonevroze pacientul există ca persoană, este o persoană întreagă, recunoscând obiectele ca întreg; pacientul se simte în corpul său, iar capacitatea de a relaționa cu obiectele este bine stabilită. Din acest punct avantajos pacientul se află în dificultate, iar aceste dificultăți se nasc din conflictele ce rezultă din experiența relațiilor cu obiectele. Firește, cele mai severe conflicte izbucnesc în legătură cu viața pulsională, respectiv cu diversele excitații cu acompaniament corporal ce își au sursa în capacitatea corpului de a fi excitat – în general sau local.

Avem aici două categorii de copii, cei la care stadiile cele mai timpurii de dezvoltare au fost satisfăcătoare și care au tulburări pe care le numim psihonevrotice, și cei la care stadiile cele mai timpurii de dezvoltare sunt incomplete, iar incompletitudinea domină tabloul clinic. Astfel,

chestiunea în psihonevroză este că ea reprezintă o tulburare a acelor copii care sunt suficient de sănătoși pentru a nu fi psihotici.

Desigur, această împărțire a stărilor clinice în două este mult prea simplă. Există trei complicații pe care trebuie să le menționez, e să avem un tablou satisfăcător:

1. Undeva între psihoze și psihonevroze apare depresia. În depresie, structura personalității este relativ bine stabilită. Putem aborda această complicație afirmând că există depresii ce sunt mai degrabă psihotice, însoțite de stări de depersonalizare ca parte a tabloului, și există depresii care sunt practic psihonevroze. În fiecare caz, pacientul se află în dificultate cât privește impulsurile distructive și ideile ce însoțesc experiența relațiilor de obiect; înțeleg aici experiența relației de obiect care leșupune la excitații, respectiv, care sunt mai vitale și mai intense decât sentimentele ce se pot descrie prin cuvinte ca „iubitor”, și care include un climax sau un orgasm.

2. A doua complicație provine din faptul că în unii pacienți există o așteptare persecutorie, iar asta poate data dintr-o perioadă chiar foarte timpurie din copilărie.

3. A treia complicație se referă la starea denumită uneori prin cuvântul „psihopatie”. Îi includ aici pe copiii cu o tendință antisocială care merită o clasificare doar pentru ei, deoarece ei pot fi fundamental normali sau psihonevrotici sau depresivi sau psihotici. Faptul e că simptomatologia lor trebuie gândită în termeni de distrugere. Tendința antisocială reprezintă acel S.O.S. sau *cri de coeur*¹³ al copilului care a fost deprivat la un anumit stadiu sau altul, deprivat de resursele adecvate din mediu, al vârsta la care a eșuat. Deprivarea schimbă viața copilului; aceasta cauzează o suferință insuportabilă, iar copilul este îndreptățit să ceară recunoașterea faptului că „lucrurile mergeau bine, iar apoi n-au mai mers”, iar asta din cauza unui factor extern aflat dincolo de controlul copilului.

Un asemenea copil se străduiește să se întoarcă prin deprivare și prin suferința intolerabilă la starea de dinainte de deprivare, atunci când lucrurile nu mergeau atât de rău. Nu putem clasifica starea aceasta, ce poate duce până la delincvență sau recidivare, alături de alte stări pe care le etichetăm cu cuvintele „psihoză”, „depresie” și „psihonevroză”.

Sper că sunteți de acord cu faptul că a trebuit mai întâi să pun în evidență harta psihiatrică, pentru a putea urma cu teza mea că psihonevroza este o stare a copiilor (sau adulților) care, în dezvoltarea lor afectivă, au atins o stare de relativă sănătate mintală. Ajunși până la cele mai timpurii stadii ce țin de dependența extremă, și trecând prin stadii mai târzii în care deprivarea traumatizează, acești indivizi se află acum în poziția de a avea *propriile lor dificultăți*. Aceste dificultăți aparțin în mod esențial vieții și relațiilor interpersonale, deși majoritatea oamenilor nu resimt aceste dificultăți deoarece sunt proprii lor stăpâni, respectiv, nu sunt rezultatul eșecurilor mediului sau ale respingerii.

Privite din această perspectivă, psihonevrozele capătă contur și pot fi descrise cu o remarcabilă claritate. Aș spune că lucrarea Annei Freud, *Eul și mecanismele de apărare*¹⁴, oferă o bună imagine - și probabil că deja cunoașteți această carte.

Poate că vă întrebați la ce vârste mă gândesc atunci când vorbesc despre originile psihozelor și ale psihonevrozelor. Referitor la psihoze, mă gândesc la copilăria cea mai timpurie ca la un stadiu de extremă dependență, atunci când abia de are sens să vorbești în psihologie despre un copil, deoarece prezența mamei și atitudinea ei sunt atât de vital o parte din ceea ce se poate numi potențialul copilășului de a deveni copilaș.

Mă gândesc la copilăria târzie, când dependența a devenit mai puțin severă, atunci când mă refer la originile angoaselor depresive. Mă gândesc la perioada de la 10 luni la 2-3 ani ca la vârsta la care deprivarea duce la constituirea unei tendințe antisociale, iar aici sunt de acord cu John Bowlby, ale cărui lucrări le cunoașteți. Apoi, când ajung la momentul în care apar psihonevrozele, mă refer la vârsta copilului mic, la perioada în care copilul aflat în familie lucrează la izbucnirea complexului Oedip. Asta dacă a fost suficient de sănătos pentru a ajunge aici.

Dar eu nu vreau stabilesc atât de precis aceste vârste. Vorbim despre stadii, mai degrabă decât despre vârste. Stadiile copilăriei și dependența reapar, și la fel se întâmplă cu toate stadiile mai

¹³ În franceză, în original (n. t.)

¹⁴ Londra: Hogarth Press, 1937 (Editura Fundației Generația, 2001, București, n.t.)

târziu, astfel că nu există nici o corespondență exactă între vârstă și stadiu, iar la pubertate ele se repun în scenă, dacă băiatul sau fata se îndreaptă de la dezvoltarea timpurie spre viața adultă.

Ne aflăm deci pe la vârsta de 3-4-5 ani. Băiatul sau fata s-a dezvoltat bine, iar în joc și în vis este capabil de identificare cu oricare dintre părinți, și tot prin joc și vis trăiește viața pulsională și excitațiile corpului. Luăm ca sigură dezvoltarea satisfăcătoare a utilizării simbolurilor. O mare parte din viața copilului rămâne inconștientă, dar fiindcă copilul devine din ce în ce mai conștient de sine, așa și distincția dintre ce este conștient și ce este inconștient devine mai clară. Viața inconștientă sau realitatea psihică a copilului apar în special prin intermediul reprezentării simbolice.

Trebuie să facem acum o afirmație generală despre copiii de vârstă mică - și ne vom referi la copiii care trăiesc acasă, într-o atmosferă bună.

Vedeți, este vârsta la care, în stare de sănătate, psihonevroza se stabilește și își formează pattern-urile. Dacă analizăm pacienți de orice vârstă, găsim originile psihonevrozelor în această perioadă de 2-3-4-5 ani. Ce se întâmplă, totuși, dacă îi privim direct pe acești copilași?

Trebuie să spunem în mod clar că un copilaș sănătos poate avea orice fel de simptom psihonevrotic. (Să luăm un băiețel, astfel că nu va mai trebui să spun el sau ea.) Este vital și fizic activ, și de asemenea merge orb și șchiop, astfel că mama sa crede că nu mai are viață în el. Este drăguț și dulce, dar și crud cu pisica, iar cu insectele poate fi cel mai rău dintre toți torționarii. Este afectuos și totodată rănește, lovește pântecul mamei dacă i se pare că se face mare, îi spune tatălui să plece, sau poate chiar se alătură tatălui și respinge femeia. Are crize de nervi, care se pot declanșa pe mijlocul bulevardului; are coșmaruri, iar când mama vine să-l consoleze, spune: „pleacă de-aici, vrăjitoare, o vreau pe mama mea”. Se teme de una sau de alta, deși altfel este foarte curajos sau chiar prea curajos. Este foarte suspicios cu privire la mâncare, bănuind că ar avea un fir de păr în ea, sau că are o culoare urâtă, sau că nu e bine gătită de mama lui – sau poate refuză mâncarea acasă și mănâncă vorace cu bunica sau mătușa.

Aproape la fel se întâmplă când pe coridorul apartamentului există tot soiul de oameni imaginari sau animale, sau de copii imaginari care trebuie așezați la masă. Este mai ușor să accepți aceste iluzii decât să le depășești sănătos.

Din când în când, copilul îți spune că te iubește sau face un gest spontan care îți arată cât de mult.

Un amestec din toate.

În acest stadiu de dezvoltare, copilul se află în proces de elaborare a relației dintre potențialul de visare sau întreaga viață imaginativă și încrederea în mediul disponibil. De exemplu, dacă tatăl este prezent la micul dejun (mă refer la Anglia), atunci este asigurator să viseze că tata pleacă, sau să aibă un vis în care, într-o formă simbolică, tâlharul îl împușcă pe soțul doamnei pentru a ajunge la cutia ei de bijuterii. Dacă tatăl nu este prezent, un astfel de vis este prea înspăimântător și duce la sentimente de vinovăție sau la o dispoziție depresivă. Și așa mai departe.

Totuși, copilul consideră intolerabile unele aspecte ale angoasei și astfel începe să își constituie apărările. Aceste apărări se organizează, iar atunci vorbim despre psihonevroze. Psihonevroza este organizarea apărărilor împotriva angoasei, în felul în care tocmai o descriu.

Desigur că el, copilul, poate regresa până la dependența infantilă și la pattern-urile infantile, poate pierde calitățile falice și genitale care deveniseră, însoțite de excitație, o trăsătură în fantasmă și în joc, și se poate întoarce la existența orală sau alimentară, sau chiar la pierderea celor mai timpuri încercări de integrare și a capacității de relaționare cu obiectele; sau poate pierde chiar o parte din contactul strâns ce se dezvoltase între psihicul și corpul său. Nu vom mai vorbi aici despre psihonevroze.

Rămânând strict la subiectul nostru, vom spune că în psihonevroze copilul nu își pierde nimic din dezvoltarea integrativă timpurie, ci se apără împotriva angoasei printr-o metodă sau alta, metodele fiind descrise limpede de doamna Freud în cartea la care m-am referit.

În primul rând avem refularea – un tip special de inconștient se dezvoltă, inconștientul refulat. O mare parte din viața copilașilor este refulată și devine inconștientă. Inconștientul refulat reprezintă desigur o daună, deoarece refularea este costisitoare, în termeni de energie, dar și pentru că

refulatul este întotdeauna apt de a se întoarce într-o formă sau alta, într-un vis, sau poate fi proiectat asupra fenomenelor exterioare. Cu toate acestea, există avantajul că refulatul poate fi măsurat, în termenii posibilității reduse de răspuns a copilului la angoasa clinică sau manifestă. Un aspect special al refulării este inhibiția impulsului, pierderea unei părți a pulsiei instinctive legate de obiecte. Aceasta duce la o sărăcire gravă a experienței de viață a copilului.

În al doilea rând, fantasma refulată poate apărea și poate determina tulburări de forma celor psihosomatice, așa-numitele simptome conversive, al căror conținut fantasmatic este pierdut; sau în angoasele ipohondriace referitoare la părți ale corpului sau ale sufletului; și nu există nici o soluție pentru o astfel de simptomatologie, cu excepția recuperării conținutului fantasmatic¹⁵ pierdut.

În al treilea rând, se pot organiza anumite fobii. De exemplu, teama de lupi sau de șobolani, dacă sunt aproape de casă. O astfel de fobie îl poate salva foarte bine pe copil de rivalitatea fraternă, de exemplu, și de teama de frații pe care-i urăște.

În al patrulea rând, se poate organiza o tendință obsesională pentru a face față unei confuzii și a preveni o întoarcere periculoasă a impulsului distructiv. În perfecționism, o ură față de lume este întoarsă spre interior și este abordată anticipat. Este un substitut sărac pentru condiția de sănătate – (1) impuls și idee distructivă, (2) sentiment de vinovăție, (3) reparație și activitate constructivă – dar pentru nevrotic el trebuie să funcționeze.

Puteți adăuga la această listă alte câteva tipuri de formare a pattern-urilor nevrotice. În fiecare caz, pattern-ul apărărilor este orientat împotriva angoasei de la nivelul complexului Oedip și este determinat într-o anumită măsură de caracterul mediului, dar tendința de formare a simptomului psihonevrotic provine din conflictele esențiale ale individului, între iubire și ură, conflicte ce indică o dezvoltare emoțională sănătoasă în sensul structurării Eului și a forței Eului și, de asemenea, indică un eșec al Eului în a tolera consecințele Sinelui sau tensiunile pulsionale.

¹⁵ Mi se întâmplă să folosesc cuvântul “fantasmă” într-un mod în care nu este familiar unora dintre voi. Nu vorbesc despre fantasmare sau despre fantezii închipuite. Mă refer la întreaga realitate psihică proprie copilului, o parte din ea fiind conștientă, dar cea mai mare fiind inconștientă, și incluzând ceea ce nu este verbalizat sau figurat sau auzit într-un mod structural, deoarece este primar și aproape de rădăcinile fiziologice de unde se desprind. - D.W.W

Iar principala apărare este refularea. Acesta este motivul pentru care psihanaliza, în forma ei clasică, este un tratament adecvat pacienților care au un Eu sănătos, în măsura în care au făcut față ambivalenței prin refulare și fără o prăbușire a structurii Eului; iar principala muncă a analizei pacientului cu simptome psihonevrotice constă în a aduce inconștientul refulat la nivelul conștientului. Aceasta se face prin interpretarea zi de zi a relației pacientului cu analistul, a felului cum se constituie această relație, implicând totodată pattern-urile istoriei pacientului la nivelul complexului Oedip și la vârsta de 2-3-4 ani.

Ce rol joacă mediul, în toate acestea? Am arătat care e rolul esențial jucat de mediu la începutul stadiului de maximă dependență, m-am referit în special la perioada în care copilul mic poate să se transforme ușor într-un copil deprivat și am arătat în câteva feluri, sper, că la stadiul complexului Oedip este *extraordinar de valoros* dacă copilul poate crește acasă într-un mediu stabil, astfel încât să se joace și să viseze în siguranță, și astfel impulsul de a fi iubit să aibă loc printr-un gest autentic la momentul oportun.

Mediul este ceva ce luăm de bun. Un copil dintr-o instituție are o sarcină diferită, la acest stadiu al primelor relații triangulare, de cea a copilului care trăiește în casa lui, cu părinții și frații săi. De asemenea, o casă bună absoarbe multă dificultate, ce devine prea evidentă doar atunci când căminul se strică sau când familia este perturbată de boală și în special de anormalitățile psihice ale părinților. Cu toate acestea, dacă rămân strict la obiectul, care este studiul psihonevrozelor, devine necesar să subliniez că aici și numai aici avem de-a face cu tensiuni și stres *intern*, cu conflicte puternic inconștiente și care aparțin tărâmului realității psihice proprii individului.

Pacientul care suferă de psihonevroză solicită ajutor în așa fel încât să facă posibilă reducerea forțelor refulării și eliberarea energiei personale pentru impulsul nepremeditat.

Boala psihonevrotică se poate măsura în funcție de rigiditatea apărărilor, apărările împotriva angoasei aparținând experienței reale și imaginare a relației triangulare, ca și între toate persoanele.

Veți vedea că mediul intră în tabloul psihonevrozei determinat în parte de natura pattern-ului apărării. Psihonevroza nu își află totuși etiologia în condițiile de mediu, ci în conflictele personale

ce aparțin în mod specific individului. Dimpotrivă, copilul antisocial este în mod clar antisocial ca rezultat al unei depriveri. De asemenea, spre surprinderea noastră, găsim că în etiologia celei mai severe tulburări, schizofrenia, un eșec al îngrijirii din faza cea mai timpurie de dependență absolută din copilărie este adesea mai importantă decât factorul ereditar.

În practică, această perspectivă asupra psihonevrozei este lăsată în obscuritate de faptul că în mod obișnuit nu găsim pacienți care sunt, să spunem așa, cazuri „pur” psihonevrotice. Mai mult, după cum ne arăta Melanie Klein¹⁶, originea eșecului copilului în a evita organizarea apărării psihonevrotice rezidă în eșecurile de dezvoltare din stadiile timpurii. Dar aceasta nu trebuie să ne încurce. Trebuie să vorbim ca și cum bolile ar fi psihonevroze, tulburări afective sau psihoze, sau tendințe antisociale, pentru a ne descurca cu ele.

Se ridică întrebarea: ce este normalitatea? Ei bine – putem spune că în condițiile sănătății individul a fost capabil să-și organizeze apărările împotriva conflictelor intolerabile din realitatea sa psihică – dar, spre deosebire de persoana bolnavă de psihonevroză, persoana sănătoasă este relativ liberă de refularea masivă și de inhibiția pulsionilor. De asemenea, în sănătate, individul poate folosi tot felul de apărări și poate trece de la un tip la altul, și nu manifestă rigiditatea organizării defensive ce caracterizează persoana bolnavă.

Spunând toate acestea, aș dori să sugerez că *din punct de vedere clinic* adevărata sănătate a individului este mai aproape de depresie și de nebunie, decât de psihonevroză. Psihonevroza este plictisitoare. E o ușurare atunci când individul este capabil să fie nebun și să fie serios și să se bucure de ușurarea permisă prin simțul umorului și să fie capabil, să spunem așa, de a flirta cu psihozele. Prin arta modernă experimentăm anularea proceselor care constituie de sănătatea și organizările defensive psihonevrotice, și principiul de siguranță primară.

Permiteți-mi să adaug un cuvânt despre vastul subiect al adolescenței. În perioada adolescenței, pubertatea începe a fi amenințătoare, apoi se dezvoltă și domină scena. O descriere a adolescentului

¹⁶ “The Oedipus Complex in the light of Early Anxieties” (1945), în Melanie Klein, *Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945* (Londra, Hogarth Press, 1948)

ar fi mai degrabă o descriere a copilului de 2-3-4-5 ani – o colecție de tendințe auto-contradictorii. Din cauza maturizării treptate a pulsionilor, adolescentul este, pentru câțiva ani, în stare de *neacceptare a falselor soluții*. Aceasta ne aduce la dificultatea noastră de a ne descurca cu adolescenței, la faptul că trebuie să le tolerăm refuzul de a găsi o cale dincolo de îndoială și dilemă. Singura soluție în adolescență este maturizarea pe care timpul o va aduce, astfel încât adolescența se transformă în vârsta adultă.

Deci psihonevroza intră în tabloul adolescenței ca o amenințare a falselor soluții, false soluții ce provin din individ, din inhibiții, ritualuri obsesionale, fobii și simptome conversive, apărări împotriva angoasei asociate cu viața pulsională care acum amenință printr-o nouă cale. Problema, în prezent, de a supraveghea fiecare copil, apărându-i dreptul de *a nu afla o falsă soluție*, fie în psihonevroză, fie prin acceptarea diferitelor tipuri de ajutor pe care, neajutorați, le oferim – reprezintă o parte a lumii adolescenței.

Psihonevroza ce persistă în viața adultă este în mod clar văzută și simțită ca o daună și ca o anormalitate, iar singurul lucru pe care trebuie să-l spun aici despre psihonevroza adultului este acela că etiologia ei aparține perioadei din copilăria individului cuprinsă între 2 și 5 ani, respectiv perioada primei constituirii a relațiilor interpersonale și a dezvoltării capacității copilului de a proceda la o identificare cu părinții în viața lor pulsională.

14

Alte considerații cu privire la teoria relației părinte-copil

Fragment dintr-o discuție a lucrărilor lui Phyllis Greenacre și Winnicott, ce a avut loc la cel de-al 22-lea Congres Internațional de Psihanaliză, Edinburgh, 1961¹⁷

¹⁷ Cele două lucrări discutate la conferință se găsesc în *International Journal of Psycho-Analysis* 41 (1960). Lucrarea lui Winnicott apare de asemenea și sub titlul « Teoria relației părinte-copil » în *The Maturation Process and the Facilitating Environment* (Londra, Hogarth Press; International Universities Press, 1965). Discuția din care sunt extrase aceste considerații conține comentarii ale lui Greenacre și ale multor alți psihanalisti și se încheie cu replica lui Winnicott, nepublicată aici; ea se poate găsi în *International Journal of Psycho-Analysis* 43 (1962).

Am așteptat cu nerăbdare discutarea acestor două lucrări și vastul subiect pe care acestea îl introduc. Este, desigur, important pentru mine faptul că ele reprezintă o măsură a acordului dintre dr Greenacre și mine însumi. De exemplu, amândoi presupunem procesul maturativ înăscut al bebelușului și îl vedem într-un cadru al dependenței. Nu voi aprofunda, pentru moment, contribuția dr Greenacre. Ea a descoperit, pe o cale foarte interesantă, tema procesului maturativ, așa că, în afara acestui subiect imens, tratez despre dependență.

Referitor la propria mea contribuție, mă interesează faptul că subiectul nu este unul de psihanaliză – el este: „psihanaliză discutând ceva foarte important pentru ei.” Atunci când vedem mame și bebeluși într-o clinică de îngrijire a nou-născuților, unii dintre bebeluși sunt deja bolnavi, în sensul că, atunci când cresc, ei nu vor fi acceptați pentru tratament într-o psihanaliză clasică. Desigur, ei pot fi, fizic, aproape sănătoși. Probabil că problema, așa cum am formulat-o în maniera mea limitată, este: este oare un nou-născut un fenomen ce poate fi izolat, cel puțin ipotetic, pentru observare și conceptualizare? Și sugerez că răspunsul este nu. Atunci când revedem analizele de copii și adulți, tindem să vedem mai degrabă mecanismele, decât bebelușii. Dar, dacă ne uităm la copil, vedem un bebeluș aflat în îngrijire. Procesele de integrare și de separație, de a da viață corpului și de relaționare cu obiectele, toate acestea sunt elemente ale maturizării și împlinirii. Invers, starea de a nu fi separat, de a nu fi integrat, de a nu fi relaționat cu funcțiile corpului și de a nu fi relaționat cu obiectele este o stare foarte reală; trebuie să credem în aceste stări ce țin de imaturitate. Problema este: cum supraviețuiește nou-născutul în aceste condiții?

Pregătind această lucrare, găsesc că am atins o înțelegere mai profundă decât am avut anterior asupra funcției parentale, în termenii acestei probleme, ai modalității în care nou-născutul supraviețuiește imaturității. Am observat mult mai clar decât am făcut-o înainte că, prezentându-i copilului lumea în doze mici, respectiv prin adaptarea ei la nevoile Eului copilului, mama acordă timp pentru dezvoltarea extensiilor forțelor copilului ce vin odată cu maturizarea. Într-o discuție de acest tip, în care stări de dependență a bebelușului trebuie să i se acorde un loc important, avem într-adevăr nevoie să ajungem la paradox. De exemplu, bebelușul știe doar cum să permită, sau să

nu permită, uniunea parentală ce îi formează propria concepție. Bebelușul nu știe la început cum să lase actul sexual al părinților lui să-i preceadă existența. Dar schema corporală a bebelușului ajunge în cele din urmă să includă totul. Într-un mediu îndeajuns de bun, bebelușul începe treptat să găsească modalități de a include obiecte și fenomene Non-Eu în propria sa schemă corporală și astfel să evite rănilile narcisice. Dacă este facilitată creșterea constantă, atunci omnipotența și omnisciența sunt atenuate, *o dată cu* o acceptare intelectuală a principiului realității. Într-o prezentare psihanalitică a teoriei, afirmam că apărările se formează în raport cu angoasa. Privind un bebeluș trăind, vedem că el trăiește o angoasă intolerabilă, cu o rezolvare dată de organizarea apărărilor. De aici și consecința că finalul reușit al unei analize depinde nu de înțelegerea de către pacient a semnificației apărărilor, ci de abilitatea pacientului, prin analiză și în transfer, de *a re-trăi această angoasă intolerabilă* pe baza căreia s-au organizat apărările.

În așa-numitul caz borderline, s-a descoperit nu doar angoasa intolerabilă, ci și prăbușirea clinică din copilărie, exagerarea omnipotenței, anihilarea a tot ce constituie rana narcisică. Toate acestea conferă, pentru mine, o vie coloratură tabloului relației părinte-copil și perspectivei noastre actuale asupra unui bebeluș. Cuvântul „iubire” nu este suficient de specific. Iar cuvântul „separare” este prea crud pentru a-l folosi. Pe tot parcursul, în funcție de vârsta și de stadiul de maturizare a bebelușului, părintele este implicat în prevenirea prăbușirii clinice, iar rezolvarea vine doar din organizarea și reorganizarea apărărilor. Doar printr-o îngrijire minut cu minut, părintele poate pune bazele viitoare sănătăți mintale a bebelușului. Iar aceasta este cea mai teribilă sarcină a părintelui. Ponderea ei se reflectă în durata tratamentului psihanalitic și în durata bolii mintale, chiar și atunci când pacientului i se oferă cea mai bună îngrijire mintală posibilă. În ansamblu, părinții trebuie întotdeauna să reușească în acest sens, în sarcina lor cea mai importantă, esențială, motivul fiind că în acest scop trebuie să fie ei înșiși, și să fie și să facă tot ceea ce lor le place; făcând asta, ei își salvează copilul de la reorganizarea zdruncinată a apărărilor și de la suferința clinică ce se află dincolo de fiecare din aceste reorganizări.

În psihanaliza cazului bine ales pentru o analiză clasică, suferința clinică provine din angoasă, asociată cu amintiri, vise și fantasme. Dar, ca analiști, suntem implicați în tratamentul pacienților a căror *prăbușire clinică actuală a copilăriei* trebuie să fie reamintită și trebuie re trăită în transfer. În toate cazurile, eliberarea vine doar prin retrăirea angoasei originare intolerabile sau a prăbușirii mintale inițiale. Prăbușirea este asociată cu un factor de mediu ce nu poate, în acel moment, să fie inclus în aria omnipotenței bebelușului, așa cum am afirmat deja. Bebelușul nu cunoaște nici un factor extern, bun sau rău, și suferă o amenințare cu anihilarea. Într-un tratament reușit, pacientul devine capabil să descopere trauma sau eșecul mediului și să o trăiască în aria omnipotenței personale, iar în acest fel are loc o diminuare a răni narcisice. Astfel că, în calitate de analiști, ajungem în mod repetat să fim implicați în secvența eșecului, și nu este deloc ușor să acceptăm acest rol, decât dacă îi vedem valoarea pozitivă. Suntem transformați în părinți care eșuează și doar în acest fel reușim ca terapeuți. Acesta este doar un exemplu al multiplelor paradoxuri ale relației părinte-copil.

Aș dori să îmi reamintesc faptul că atunci când copiii sunt bolnavi și când lucrurile nu merg bine deloc, le putem spune părinților cum să se comporte ca terapeuți. Dar, dimpotrivă, nu le putem spune părinților cum să se poarte ca părinți atunci când lucrurile merg bine. Dacă totul merge bine, aceasta se întâmplă firesc. Ce putem face este atunci este să studiem ceea ce se întâmplă și să evaluăm adecvat această funcție parentală, iar astfel să o recunoaștem și să o susținem, să vedem ce nu interferează cu ea atunci când există.

Cred că nu voi face un rezumat al lucrării mele, ci fac acest comentariu și îl las ca atare.

Datat ianuarie 1963

Acest pacient a făcut trei ani de analiză cu mine după alte trei tratamente cu diferiți terapeuți, cu totul aproximativ douăzeci și cinci de ani. Sfârșitul tratamentului este previzibil, chiar dacă nu s-a stabilit o dată anume.

Pacientul se așează pe canapea ca de obicei și spune: „Ei, bine, este o zi în care nu știu ce o să se întâmple.” Ședința de ieri fusese importantă deoarece fusese o oră fără sentimente. Pacientul a continuat apoi să descrie, cu o trăire evidentă, comportamentul unui coleg, care intră adesea în materialul relatat. Pe acest coleg îl voi numi dr X. Întâmplător, este un medic pediatru care îi urăște pe psihologi. Pacientul descrie, pe cât de fidel știam, cât este dr X de arogant, de mulțumit de sine, de încrezător în sine, de autoritar etc. Spune: „Îl invidiez.” Și e mai degrabă surprins de asta, deoarece el însuși este, așa cum spunea, lipsit de încredere în sine, șters și sensibil.

După ce a petrecut câteva minute exprimându-și sentimentele despre acest bărbat, am interpretat că l-a folosit pe dr X pentru a-și exprima sentimentele față de mine. În pofida faptului că avea un *insight* considerabil în acest stadiu al analizei, pacientul nu era conștient de asta și a simțit imediat că făcusem o interpretare corectă. A petrecut câteva minute spunând ce mulțumit era că nu mai avea mult de făcut din analiza personală, că va putea să mă părăsească. Asta devenise posibil de puțin timp. Mi-a amintit de faptul că numai recent ajunsese la atitudinea de a fi bucuros să constate că nu sunt doar o proiecție a propriilor sale capacități.

Am interpretat mai departe ura sa față de mine, fiindcă eram persoana căreia îi acordase toată siguranța de sine și înțelegerea. În timpul reacției la interpretarea mea, în care reafirmase sentimentul de eliberare pentru că era capabil să părăsească analiza și pe mine, a continuat prin a-și accepta ura față de mine, dar totul a fost întrerupt de următorul episod. A spus în acest moment: „Îmi curge nasul și mă doare burta și mă lupt cu ideea să mă duc până la haină și să îmi iau sticla de efedrină.” În haină avea tablete pentru indigestie și multe alte lucruri. Pentru a face mai limpede acest lucru, trebuie să spun că în ședința de ieri toate acestea se raportau ca o parte a ipohondriei sale, care era foarte mult asociată cu identificarea sa maternă foarte dezvoltată. Aceasta, în schimb,

se desprinsese din iluzia sa mai îndepărtată și pe care o avusese întotdeauna, aceea că el este în realitate femeie. Jocul de a fi femeie, prin identificare feminină, care este mult mai flexibilă, apăruse acum în analiză și am făcut interpretarea că ipohondria lui a fost precursora fantasmei de fecundare.

Astăzi a trebuit să iau în seamă întreruperea în care s-a referit la aceste aspecte, aspecte ce ne-au purtat înapoi la ședința precedentă. Interpretarea mea a fost că, vorbind, el și-a îndreptat distructivitatea spre mine ca un bărbat, dar pe drum și-a întâlnit ipohondria, care este legată de posibilitatea ca el să fie îndrăgostit de mine ca bărbat. O poveste întreagă se află în spatele acestor lucruri. De asemenea, în prima parte a orei, pacientul și-a descris felul de a o conduce pe fiica sa, prin care adoptase un rol matern.

Am continuat cu interpretarea și i-am spus că în identificarea sa feminină și în căutarea unui bărbat, care în cazul lui nu îl dusesse niciodată către o homosexualitate deschisă, ci foarte aproape de ea, fusese evident în căutarea unui bărbat pe care voia să-l castreze.

A fost interesat de această interpretare, dar nu a fost capabil să o simtă profund. Am vorbit despre factorul timp în reacția la interpretarea mea, care a trebuit să meargă simultan cu altceva, respectiv cu selectarea interpretărilor ce pot fi totodată greșite și corecte. Am riscat să repet interpretarea, referindu-mă la tatăl său. Am spus că dacă acum va descoperi că tatăl său a fost puternic și folositor, ar putea fi atât de mulțumit de asta, încât nu i-ar mai plăcea să descopere că tot el este tatăl pe care dorea să îl castreze, întrucât este tatăl potent din triumphiul oedipian. Pentru o vreme, pacientul a simțit că lucrul acesta era foarte bun din punct de vedere intelectual, dar nu l-a acceptat la un nivel mai profund. A spus apoi că problema cu dr X este că e arogant și îngâmfat, și mulțumit de sine, și el chiar îl admiră pentru asta, deși tocmai asta nu suportă la oameni. Am lucrat apoi împreună asupra ideii de potență a analistului. Dr X era un bărbat tânăr și dădea impresia de potență, iar pacientul se temea că eu eram bătrân și mai degrabă obosit și cu o potență slabă, astfel că aveam nevoie de sprijin. Pentru a ajunge la invidia lui față de mine, a trebuit să-l transform pe analistul

său în analistul dr X. Era evident acum că îl admira pe analistul dr X și aici se afla baza identificării materne și a poziției homosexuale, și a ipohondriei, care era o potențială fantasmă de sarcină.

Am descoperit acum că interpretarea de mai înainte a produs în pacient o serie de idei secundare la care a reacționat. Inclusiv noțiunea că trebuise să treacă printr-o fază homosexuală în relația cu mine, altfel spus o nouă fază, dacă excludem exemplele precedente ale acesteia din analiză, și a fost cu-adevărat plictisit de perspectiva asta. Am descoperit acest lucru atunci când am făcut interpretarea că a considerat că e dureros să simtă iubire și impulsul de a-l castra pe dr X, analistul, ambivalența aici fiind una crudă. Asta l-a făcut pe pacient să relateze despre ideea că trebuie să fi avut o fază de homosexualitate în transfer. Era acum aproape capabil să accepte faptul că este în căutarea unui analist potent, dr X, pentru a găsi o figură paternă pentru castrare și, fugind astfel de conflict, a fost posibil să organizeze o fază homosexuală. Asta a aruncat o lumină importantă asupra *pattern*-ului său de comportament din adolescență și din tinerețe, și asupra unei mari părți din materialul vieții sale în care s-a luptat să devină heterosexual pentru a fugi de homosexualitate. (Disperarea legată de toate astea l-a dus la cea mai deplină exploatare a iluziei sale fundamentale de a fi femeie, care pare să fi avut o rădăcină foarte timpurie în dezvoltarea emoțională.) În acest fel, invidia pacientului față de mine avea multe trăsături. Ea ținea de extrema plăcere pe care o extrăgea din a lăsa analiza în seama altcuiva și de a obține interpretările de care avea nevoie are nevoie fără să trebuiască să-i spună ceva analistului. De asemenea, invidia ține de faptul că în ultimele luni ajunsese la o recunoaștere a existenței mele ca persoană separată, pe care o putea folosi în acest fel, ajungând în cele din urmă să lase toate responsabilitățile asupra mea, ca analist al său.

Pentru a aduce această invidie pe culmea ei, a trebuit să se sprijine pe dr X; astfel a existat o capcană în care ar fi dacă nu ar fi existat interpretările adecvate despre evitarea castrării sau despre ură, prin folosirea unei arii intermediare în care a fost mulțumit să-și afle analistul potent și să se îndrăgostească de el.

Perversiunile și fantasma pregenitală

Articol neterminat, scris în 1963

Principalul scop al acestei lucrări îl reprezintă sublinierea legăturii ce pare să existe între fantasma pregenitală de fecundare și perversiuni.

Un student îmi spunea odată: „Cutare sau cutare cititor face ca până și perversiunile să fie plicticoase.” Asta m-a surprins, fiind foarte comic. Gluma, ca atareea, poate servi la prezentarea unui subiect care este într-un fel iritant, prin faptul că aduce în discuție aspecte de zi cu zi care implică de fapt toată lumea, și care sunt lăsate în cel mai bun caz deoparte, cu excepția cazului în care pot servi unui interes științific.

Postulatul este că în orice maturitate genitală există o relație directă între potență și fecundare, în imaturitate existând nenumărate fantasme care devin în final o idee de fecundare; mai mult, aceste fantasme pregenitale sunt cele care, în stare de sănătate, conferă broderia imaginativă în jurul faptului existent al bebelușului în pântec.

În afara acestui postulat, apare ideea că în individul imatur pot persista fantasme pregenitale de fecundare, acestea având o valoare simptomatică și fiind exagerate de o relativă blocare în procesul de dezvoltare; în homosexualitatea masculină, aceste fixații pregenitale devin utile din cauză că sunt cele mai apropiate de ideea unui bărbat care poate rămâne însărcinat.

Într-un fel, este o idee ce a fost bine conturată în literatură, dar se pare că există încă loc pentru o evoluție ulterioară a acestei teme. De exemplu, Klein subliniază că pentru o deplină potență masculină – băiat sau bărbat – trebuie inclusă mișcarea angoasei care e descrisă foarte clar în ceea ce ea numește „poziția depresivă în dezvoltarea afectivă”.

În privința femeii, atunci când angoasele ipohondriace domină tabloul, interiorul corpului, ca opus al interiorului uterului, este locul în care copilul se estimează. Pântecul cu bebelușul este un miracol și îi liniște pe părinții care așteaptă un produs al lumii interioare conținătoare de obiecte și

de forțe, sau un copil anal care trebuie să fie curățat și învățat să fie om și să se poarte bine, sau o bucată de lut care trebuie să capete o formă și să fie adusă la viață și apoi menținută în viață. În acest fel trecem de la normalitate la depresie, în descrierea pe care o facem părinților.

17

Două note despre folosirea tăcerii

Scris în 1963

I

În acest caz nu iau notițe, deși realizez că pacienta mea va dori într-o zi ca eu să fi făcut asta. Am încercat să iau notițe în stadiile de început, dar consider că asta interferează cu analiza prin păstrarea detaliilor ca supraaccentuate în sfera conștientă. În acest fel, reacția inconștientă sau mai puțin conștientă devine distorsionată.

Luând în considerare ultimele două săptămâni, simt că este importantă o descriere, ca referință pentru o dată ulterioară, și astfel lucrurile care s-au întâmplat ilustrează *pattern*-ul acestei analize. De asemenea, reacțiile pacientei sunt mai puțin violente decât erau într-un stadiu mai timpuriu, astfel că acum pot face chiar și greșeli sau „pete”, așa cum sunt denumite în acest tratament, fără un risc prea mare ca pacienta să aibă o reacție gravă sau să caute un alt analist.

În prezent, baza tratamentului este tăcerea mea. Săptămâna trecută am fost foarte tăcut, întreaga săptămână, cu excepția unei remarci la început. Aceasta a fost simțit de pacientă ca ceva ce ea a realizat, făcându-mă să fiu tăcut. Există multe limbaje pentru a descrie aceasta, iar unul dintre ele constă în faptul că o interpretare este un penis masculin explodând pe teren, terenul fiind sânul cu un copil incapabil să accepte ideea unui penis. Aici sânul este un teren, mai degrabă decât un obiect de supt sau de mâncat, iar în asociațiile pacientei este reprezentat mai mult ca o pernă, decât ca o sursă de hrană sau o gratificație pulsională.

Ultima săptămână a fost probabil săptămâna cea mai „reușită” față de toate săptămânile, din acest punct de vedere, iar pacienta a apreciat foarte mult cum joc acest rol, pe care ea îl echivalează foarte aproape de un studiu pe care îl face despre Henry James. În Henry James ea află un analist bărbat, care se pricepe la cuvinte și care are o înțelegere deosebită și profundă, dar care este celibatar.

Săptămâna aproape perfectă s-a încheiat straniu. Nu aveam nici o idee despre vreo tulburare, dar luni pacienta mi-a relatat că ceea ce am făcut la sfârșitul orei de vineri a fost foarte deranjant. În consecință, toate vechile ei apărări au revenit, mai moderate, peste week-end. S-a întâmplat ca ea să se ridice și să se îndrepte spre un sunet, ca și cum s-ar fi rupt o hârtie. Luni a putut vorbi despre asta și despre reacția ei, dar nu înainte de a găsi căi de a se plânge de mine, căi ce erau mai puțin delirante. Din punctul meu de vedere, este foarte clar că comportamentul meu perfect din timpul săptămânii este ceva în care ea nu poate crede, și astfel la sfârșit a avut delirul după care ceva anume indica faptul că eu sunt extrem de neliniștit în rolul acesta de a nu vorbi. Spune că, făcându-mă să nu vorbesc, m-a transformat în femeie, castrându-mă, făcându-mă impotent etc., etc., și ea chiar înțelege că nu pot suporta asta, iar în final a ajuns la ideea că sunt gelos pe ea atunci când îi ofer ce are nevoie, deoarece eu nu am avut asta niciodată.

La un alt nivel, acel zgomot înseamnă pentru ea că mă masturbasem, ceea ce era o altă evidență a incapacității mele de a sta fără să fac nimic. Singura bază reală pe care o pot descoperi pentru acest delir ar putea fi că la sfârșitul orei îmi pun uneori batista în buzunar dacă am ținut-o până atunci în mână. Nu sunt sigur, totuși, că nu s-a întâmplat altceva cu această ocazie, care să fi creat o bază de realitate pentru acest delir.

Luni am spus două lucruri, și le-am spus nu pentru că am considerat că e dificil să rămân tăcut, ci pentru că eu cred că trebuiau spuse. Mi-a cerut să îi spun ce fac vara și de Crăciun, din cauza aranjamentelor pe care trebuie să și le facă, și a spus că ea chiar vrea un răspuns. Am intenționat să spun: „Nu mă aflu în poziția de a vă da răspunsul pe care îl cereți.” Ceea ce am spus a fost, totuși: „Doriți un răspuns, pe care nu sunt în poziția să vi-l dau.” După cum l-am dat, ea l-a luat ca pe un reproș, ca spunându-i că nu trebuia să ceară așa ceva. Am făcut iar o interpretare atunci când a spus

că ea crede că poate fi capabilă să suporte doar o mică parte din interpretarea dată de mine. M-am referit la un vis din săptămâna precedentă și am subliniat că obiectul mare, solid, dintr-un material cumva ca o dantelă delicată, într-un fel sau altul, reprezintă un fapt sau o realitate externă ce dă buzna în fantasma ei. Aceasta este o altă versiune a penisului pătrunzând pe terenul sânilor și a altor figuri de stil similare. Problema cu această interpretare a fost că eu doar repetam o interpretare pe care o făcuse ea însăși. Acum pacienta avea două pete pe care le putea folosi, iar marți a simțit că se afla în aceeași poziție în care era aproape de începutul analizei, atunci când nu se întorcea la ele. Îmi studiasse iar lucrarea „Mama în mod obișnuit devotată” și subliniasse pasajele relevante, și știa că eu chiar înțeleg de ce are ea nevoie. „Singura explicație poate fi”, a spus ea, „că nu poți să face ceea ce știi că e necesar și toată problema este falsă. Motivul trebuie să fie (a continuat) că nu suporti să fii feminizat, sau să fii orice înseamnă pentru tine tăcerea.” Și afirmase deja că în prezent Henry James are toate funcțiile masculine, iar ea în analiză are nevoie de un maternaj absolut pur. Pentru a ajunge aici, în ședințele analitice ea este extrem de regresată și de dependentă, deși este capabilă să funcționeze bine în majoritatea timpului, în munca ei. Viața ei personală, la acest stadiu, este dedicată îndeosebi unei activități intense în camera ei, incluzând citirea și studierea vorace a lui Henry James și a biografiei lui.

Mai întâi de toate, a trebuit să-mi accept poziția, ca fiind cea a cuiva care nu trebuie să spună nimic. Lucru extrem de dificil marți dimineața, nu pentru că trebuia să rămân tăcut, ci fiindcă vedeam ce se întâmpla, și nimic nu este mai greu de suportat pentru analist decât transferul delirant al pacientului. Efectul acestui lucru asupra mea a fost că aveam un nod în gât pe care, totuși, am fost în stare să-l ascund, și am recunoscut că atunci când am fost capabil să spun trei cuvinte, nodul a dispărut. Să nu fiu capabil să vorbesc a avut un efect curios prin faptul că solicita o ascultare diferită de modul meu obișnuit de a asculta. Într-o anumite măsură, ascult mereu cu gâtul meu, laringele meu urmărind sunetele pe care le aud în lumea din jur și îndeosebi o voce a cuiva care îmi vorbește. Asta a fost întotdeauna o caracteristică a mea, iar la un moment dat un simptom grav. După o jumătate de oră, pacienta a spus: „Acum chiar mă simt altfel, spunând toate astea, și pot suporta să spuneți ceva; de

fapt, cred că am nevoie de asta.” Eliberarea de toate astea a fost mare și mie mi-a fost clar că asta nu s-a întâmplat pentru că am fost tăcut; în fapt, mai degrabă mi-a fost. Pentru mine, motivul eliberării a fost că am putut începe apoi să fac ceva cu delirul pacientei, dar firește că nu am fost capabil să fac foarte mult. În acest gen de analiză este esențial să acceptăm anumite idei despre noi care nu sunt adevărate.

Permisiunea de a vorbi mi-a dat șansa de a interpreta că tulburarea a constat în ceea ce s-a întâmplat la sfârșitul ședinței de vineri. Asta avea însă o bază foarte restrânsă și a fost mai ușor pentru ea să se lege de cele două pete de luni și să vorbească despre ele ca și cum ar fi distrus tot ceea ce era bun în analiză, când eu eram tăcut. Mi-am asumat riscul și am spus că maniera în care i-am dat informația despre vacanță a făcut să pară ca și cum aş fi admonestat-o. Chiar și așa e mare lucru să faci o interpretare pe care pacientul o făcuse deja. Aceste două lucruri au avut totuși o bază reală, în comparație cu care ceea ce se întâmplase la sfârșitul ședinței de vineri fusese subtil și aproape în întregime dependent de propriile ei așteptări. Prin tehnica tăcerii am putut oferi condițiile în care pacienta însăși să poată rezolva problema de vineri. Avusese nevoie doar de timp și de oportunitate, fără „penisul care pătrunde pe terenul sânilor”. De astă dată, pacienta a devenit aproape capabilă de a crede în tăcerea mea, ca în ceva ce eu îi ofeream fiindcă ea avea nevoie. Trebuie subliniat, totuși, că pacienta a păstrat o idee delirantă puternică, și anume cea că de fapt eu nu pot suporta să fiu tăcut. În final, s-a întors cu o interpretare a incapacității mele de a fi tăcut, pentru a mă ajuta. Asta fiindcă, dacă eu fac ceva bun pentru pacientă, este pentru că sunt gelos pe ea, deoarece nimeni nu face asta pentru mine vreodată.

Pe parcursul a toate acestea, s-au întâmplat o mulțime de lucruri și sunt chiar încrezător în tehnica tăcerii, pe care doresc foarte mult să o folosesc, cu excepția momentului în care pacientul nu poate crede în ea.

S-a întâmplat să știu într-adevăr, cu un mare grad de certitudine, ce interpretare se poate aplica în această fază. Îmi este necesar, totuși, să aștept ca pacienta să facă ea însăși această interpretare. Așa cum a spus: „Cu istoria asta a mea despre un tată excitabil care pătrunde mereu în orice înseamnă

experiența mamă-bebeluș, am nevoie să fiu în stare să ajung singură la interpretări.” Compatibil cu asta este desigur faptul că există momente când o interpretare este necesară din cauza faptului că pacienta are nevoie de ceva mai mult decât are vede în ea. În orice caz, în această fază pacienta este perfect capabilă să ajungă la înțelegerea necesară și, în fapt, aproape că a și obținut-o în timpul ultimei săptămâni. Voi încerca să formulez această interpretare:

Pacienta se află într-un punct foarte delicat al trecerii de la a mânca și a fi mâncat, cea din urmă fiind o reacție de răzbunare, iar a mânca și a fi mâncat implică o dualitate ce este doar o expresie a identificării bebelușului cu mama, și reciproc, sau o absență a diferențierii de bebeluș. Acest stadiu este reprezentat în lucrările mele, pe care pacienta le-a citit, și în care un bebeluș de 12 săptămâni o hrănește pe mamă cu degetul său, în timp ce el este hrănit la sân, iar pacienta a spus că simte ca și cum îmi aduce ceva cu care mă hrănește. Eu însumi simt, totuși, că ea încearcă să ajungă la ideea de a fi mâncată de mamă și simte că propria mamă a eșuat în această arie de experiență. Ea a experimentat, desigur, frica de a fi mâncată din răzbunare, dar baza pentru asta a lipsit - și anume faptul de a fi mâncat, deoarece orice simte bebelușul, simte și mama.

II

Unele probleme sunt exprimate la modul general. Dincolo de orice altceva, se ridică problema de a nu vorbi. Rareori fac o interpretare, iar analiza continuă mai bine atunci când nu spun nimic. Acest fapt determină, totuși, unele complicații deoarece devine din ce în ce mai evident că unul dintre scopurile interpretării este de a stabili limitele înțelegerii analistului. Baza pentru ne-interpretare și de fapt pentru a nu scoate nici un sunet este presupunerea teoretică a faptului că analistul știe foarte bine ce se petrece. Poate că până în prezent pot spune că știu exact ce se petrece în această analiză și din acest motiv continuu cu politica de a nu vorbi, ceea ce în mod cert îmi cere și pacienta. În interiorul acestui cadru există două teme. Mai la suprafață este întregul aspect al relațiilor triangulare, ca și între oameni; complexul Oedip, Electra, Cressida etc. Această temă începe cu „părul blond” etc. și a inclus ideea că soția mea era geloasă pe pacientă din cauza relației ei cu mine (din cauza umbrelei; soția mea îi luase umbrela din greșeală etc.). În jurul acestei teme se

organizează o foarte mare parte din material, iar trecerea la act ocupă o foarte mare parte din analiză. Toate astea sunt modificate de cealaltă temă, care poate fi numită tema sorții sau a destinului. În acest sens, tot ce ține de natura Oedipului se află fie în interiorul, fie în afara ariei destinului. Principala afirmație despre soartă a avut loc înainte de vacanța de Paști, când întreaga problemă a interpretării a fost pusă în termenii mitologiei grecești, atât de intens încât am studiat Tragedia lui Sofocle, de Bowra, pentru a fi pregătit. Faza-cheie a fost „nu un pion al sorții, ci un agent al sorții”. După vacanța de Paști, aceeași temă a revenit în alt limbaj: „Întotdeauna am fost o parte de obiect.” „Pentru prima dată pot spune că sunt o persoană foarte nevrotică; accentul cade pe cuvântul persoană.” Aici interpretarea, dacă ar fi fost făcută, ar fi fost că obiectul parțial nu poate experimenta omnipotența. Pacienta nu este, totuși, pregătită pentru a fi o persoană întreagă ce experimentează omnipotența și nu are suficientă încredere în mediul facilitator pentru a-și trage forța din Eul matern. Aici vine analistul care se comportă foarte bine și în care în nici un caz nu poți avea încredere că se poartă bine, exceptând negativul, respectiv că nu se poartă rău.

Principala interpretare, care nu poate fi făcută din cauza circumstanțelor, este că omnipotența infantilă pe care evident că pacienta nu o experimentează în relația ei cu mama sa a fost proiectată în întregime asupra mitologiei grecești, iar acum, în vacanță, asupra istoriei vechi irlandeze, a druizilor, asupra rădăcinilor creștinismului în Irlanda, asupra crucii irlandeze care se află într-un cerc. Reluând: pentru această pacientă cu o insuficientă experimentare a trăirii omnipotenței, complexul Oedip și relația triangulară, ca și toate relațiile, se află în afara omnipotenței proiectate (obiecte parțiale interrelaționate), sau, altfel: ele sunt condamnate, prizonere ale destinului, odată cu omnipotența infantilă a pacientului, în întregime proiectată.

Cuvânt înainte

Experiențele mele clinice m-au condus recent spre o nouă înțelegere, după cum cred eu, a semnificației spaimii de prăbușire.

Scopul meu aici este să prezint pe cât de simplu posibil ceea ce este nou pentru mine și ceea ce poate că este nou și pentru ceilalți care lucrează în psihoterapie. Firește, despre ceea ce spun eu, dacă este adevărat, poezii lumii au scris deja, dar iluminările și *insight*-ul ce străbat poezia nu ne pot absolve de sarcina noastră dureroasă de a ne îndepărta pas cu pas de ignoranță, mergând spre scopul nostru. Părerea mea este că un studiu al acestei arii limitate duce la o reluare a câtorva alte probleme ce ne intrigă atunci când, în clinică, eșuăm în intenția de a lucra atât de bine pe cât am dori. Voi indica la sfârșit ce dezvoltări ale teoriei propun eu spre discuție.

Diferențe individuale

Spaima de prăbușire este o trăsătură semnificativă a unora dintre pacienții noștri, și nu a altora. Din această observație, dacă ea este corectă, se poate trage concluzia că spaima de prăbușire este legată de experiența trecută a individului și de capriciile mediului. Totodată, ne așteptăm să existe un numitor comun pentru aceeași spaimă, ce indică existența unui fenomen universal; aceasta face într-adevăr posibil ca toată lumea să cunoască, în mod empatic, senzația resimțită atunci când unul dintre pacienții noștri prezintă foarte intens această spaimă. (Același lucru se poate spune, fără doar și poate, despre fiecare detaliu al bolii persoanei nesănătoase. Cu toții știm despre ce este vorba, deși acest detaliu particular poate că nu ne supără.)

¹⁸ Această lucrare a fost publicată în *International Journal of Psycho-Analysis* (1974). Data scrierii lui nu este cunoscută. Există unele dovezi că a fost scris pentru o prezentare la Davidson Clinic, în Edinburgh, în 1963, dar acolo a prezentat o altă lucrare; în jurul acestei date, Winnicott a folosit același material în postfața unei lucrări, „Clasificarea” (1964), din *Procesul de maturizare și mediul facilitator* (Londra: Hogarth Press; New York: International University Press, 1965). În lucrarea „Psihologia nebuniei” (1965), capitolul 21 din acest volum, Winnicott subliniază o dificultate pe care a întâmpinat-o în ideea din spatele „Spaimii de prăbușire”: anume, dacă este sau nu posibilă *trăirii* unei prăbușiri complete a apărărilor. – n.ed.engl.

Emergența simptomului

Nu toți pacienții noștri se plâng de această spaimă la începerea tratamentului. Unii, da; însă alții au apărările atât de bine organizate, încât numai după ce tratamentul a făcut un progres considerabil spaima de prăbușire vine în prim-plan ca factor dominant.

De exemplu, un pacient poate avea fobii diverse, dar și o organizare complexă pentru a face față acestor fobii, astfel că dependența nu apare rapid în transfer. Pe parcurs, dependența devine o trăsătură principală, iar apoi greșelile și eșecurile analistului devin cauzele directe ale fobiilor localizate și astfel ale izbucnirii spaimii de prăbușire.

Semnificația „prăbușirii”

Am folosit termenul de „prăbușire” deoarece este mai degrabă vag și fiindcă poate însemna diverse lucruri. În ansamblu, cuvântul poate fi luat în acest context ca însemnând un eșec al organizării defensive. Dar ne întrebăm imediat: o apărare împotriva a ce? Iar asta ne conduce la înțelesul mai profund al termenului, când avem nevoie să folosim cuvântul „prăbușire” pentru a descrie o stare de lucruri de negândit, ce accentuează organizarea defensivă.

Vom observa că ori de câte ori este important să vedem că în domeniul nevrozei angoasa de castrare este cea care se află în spatele apărărilor, în fenomenele mai psihotice pe care le examinăm aici are loc o prăbușire a constituirii unității *Self*-ului. Eul organizează apărări împotriva prăbușirii organizării Eului, și tocmai organizarea Eului este cea amenințată. Dar Eul nu se poate organiza împotriva eșecului mediului în aceeași măsură în care dependența este un fapt al vieții.

Altfel spus, examinăm o inversare a procesului de maturizare a individului. Devine deci necesar să reformulez pe scurt stadiile timpurii ale dezvoltării emoționale.

Dezvoltarea emoțională, stadiile precoc

Individul moștenește un proces de maturizare. Acesta poate continua în măsura - și numai în măsura - în care există un mediu facilitator. Mediul facilitator este el însuși un fenomen complex și necesită un studiu aparte; una dintre trăsăturile sale este că are o dezvoltare proprie, adaptându-se la nevoile schimbătoare ale dezvoltării individului.

Individul trece de la o dependență absolută, la o dependență relativă, spre independență. În starea de sănătate, dezvoltarea are loc într-un ritm ce nu depășește dezvoltarea complexității mecanismelor mintale, fiind în legătură cu dezvoltarea neurofiziologică.

Mediul facilitator se poate descrie ca *holding*, ce se dezvoltă în *handling*, la care se adaugă *prezentarea obiectului*.

Într-un astfel de mediu facilitator, dezvoltarea individului este clasificată drept *integrare*, la care se adaugă *instalare în corp* (sau *coluziune psihosomatică*) și, în fine, relația de obiect.

Aceasta este o supra-simplificare grosieră, dar ea este de ajuns aici.

Se va constata că într-o astfel de descriere, mișcarea progresivă în dezvoltare corespunde îndeaproape amenințării mișcării regresive (și apărărilor împotriva acestei amenințări) din schizofrenie.

Dependența absolută

Trebuie să amintim că în perioada dependenței absolute, când mama asigură o funcție de eu auxiliar, bebelușul nu a separat încă ”non-Eu” de „Eu” – aceasta nu se poate produce în afara constituirii unui „Eu”.

Agoniile primitive

Din acest tablou este posibil să desprindem o listă de agonii primitive (angoasa nefiind aici un cuvânt suficient de puternic).

Iată câteva:

1. Întoarcerea la un stadiu de neintegrare (Apărare: dezintegrarea).

2. Căderea la nesfârșit (apărare: *autosusținere*).
 3. Pierderea coluziunii psihosomatice, eșec al instalării în soma (apărare: depersonalizare).
 4. Pierderea simțului realului (apărare: recurgere la narcisismul primar etc.).
 5. Pierderea capacității de relaționare cu obiectele (apărare: stări autiste, relaționare doar cu self-fenomene)
- Și așa mai departe.

Psihoza ca apărare

Intenția mea aici este de a arăta că ceea ce observăm clinic este întotdeauna o organizare defensivă, chiar și în autismul schizofreniei din copilărie. Agonia de bază este de negândit.

Este o greșeală să considerăm boala psihotică drept o prăbușire, ea este o organizare defensivă împotriva unei agonii primitive - și de obicei are succes (exceptând situația când mediul facilitator nu a fost doar unui deficient, ci și unul confuzionant, probabil cel mai rău lucru care i se poate întâmpla unui bebeluș uman).

Enunțarea tezei principale

Îmi pot prezenta acum principala mea idee, care este foarte simplă. Susțin că spaima de prăbușire clinică este *spaima de o prăbușire care a fost deja trăită*. Este o spaimă de agonia originală, care a determinat organizarea defensivă pe care pacientul o folosește într-un sindrom patologic.

Pentru clinician, această idee se poate dovedi sau nu imediat folositoare. Nu îi putem grăbi pe pacienții noștri. Totuși, le putem atenua progresul lor bazat pe o autentică necunoaștere; orice mic fragment de înțelegere ne poate ajuta să fim aproape de nevoile pacientului.

Din experiența mea, există momente când un pacient are nevoie să i se spună că prăbușirea, de spaima căreia își distruge viața, *a avut deja loc*. Este un fapt pe care îl poartă ascuns departe în inconștient. Inconștientul, aici, nu este tocmai inconștientul refutat din psihonevroze, nu este nici inconștientul pe care îl descrie Freud ca parte a psihicului ce se află foarte aproape de funcționarea

fiziologică. Nu este nici inconștientul lui Jung, pe care eu l-aș numi astfel: toate cele ce se petrec în grottele de sub pământ sau (cu alte cuvinte) lumea mitologiei, în care există o coluziune între individ și realitățile psihice interne materne. În acest context special, inconștientul înseamnă că integrarea Eului nu este posibil de realizat. Eul este prea imatur pentru a cuprinde toate fenomenele în aria omnipotenței personale.

Aici trebuie să ne întrebăm: de ce pacientul continuă să fie îngrijorat de ceva ce aparține trecutului? Răspunsul trebuie că stă în faptul că trăirea agoniei primitive nu poate fi la timpul trecut decât dacă Eul a situat-o mai întâi în propria experiență la timpul prezent și sub controlul omnipotent actual (ce capătă funcția de eu auxiliar suportiv al mamei (analistului)).

Cu alte cuvinte, pacientul trebuie să continue să caute detaliul din trecut *care nu a fost încă trăit*. Această căutare ia forma unei căutări în viitor.

Doar dacă terapeutul poate lucra cu succes pe baza faptului că acest detaliu este deja un fapt, pacientul trebuie să continue să se teamă să găsească ceea ce va fi fost căutat în viitor.

Pe de altă parte, dacă pacientul este pregătit pentru un fel de acceptare a acestui bizar gen de adevăr, potrivit căruia ceea ce nu a fost încă trăit s-a petrecut totuși în trecut, atunci este deschisă calea spre trăirea agoniei în transfer, ca reacție la eșecurile și erorile analistului. Ulterior, acestea pot fi acceptate de către pacient în doze rezonabile, iar pacientul poate pune orice eșec tehnic pe seama contratransferului. Cu alte cuvinte, pacientul primește treptat eșecul originar al mediului facilitator în aria omnipotenței sale și în experiența omnipotenței proprii stării de dependență (fapt transferențial).

Toate acestea sunt foarte dificile, necesită timp și sunt dureroase, dar în orice caz nu sunt în zadar.

În zadar ar fi cealaltă alternativă, cea pe care o examinăm mai departe.

Analiză în zadar

Presupun în prealabil că am înțeles și am admis analiza psihonevrozei. Pe baza acestei presupunerii, spun că în cazurile pe care le discut analiza începe bine, analiza merge chiar încântător; ce se

întâmplă, totuși, este că analistul și pacientul se simt bine fiind coluzivi în analiza unei psihonevroze - când de fapt este vorba de o boală psihotică.

Cuplul analitic este iar și iar mulțumit de ceea ce a făcut împreună. Asta a fost ceva valabil, ceva inteligent, ceva plăcut - din cauza coluziunii. Dar fiecare așa-numit progres se termină cu o distrugere. Pacientul sparge tot spunând: „Ei și ce?”. În fapt, progresul nu e un progres; e un alt exemplu al faptului că analistul joacă jocul pacientului de amânare a problemei. Și cine îi poate blama, pe pacient sau pe analist? (Mai puțin, desigur, atunci când un analist tachinează peștele psihotic cu o foarte lungă undiță psihonevrotică și speră în acest fel să evite să-l prindă printr-un fel de lovitură a sorții, precum moartea unuia dintre membrii cuplului, sau un colaps financiar al pacientului.)

Trebuie să presupunem că amândoi, atât pacientul, cât și analistul, își doresc să încheie cu bine analiza, dar, din nefericire, nu există un sfârșit până nu s-a atins capătul, iar *lucrul temut nu a fost experimentat*. Și într-adevăr, o cale de ieșire pentru pacient este să aibă o prăbușire (fizică sau mintală), iar asta se poate foarte bine. Totuși, soluția nu este îndeajuns de bună dacă ea nu include înțelegerea analitică și *insight*-ul pacientului, și, într-adevăr, mulți dintre pacienții la care mă refer sunt oameni de valoare care nu își permit să se prăbușească, în sensul de a merge la un spital de psihiatrie.

Scopul acestei lucrări este de a atrage atenția asupra posibilității ca prăbușirea să se fi întâmplat deja, la începutul vieții individului. Pacientul are nevoie să „își amintească” asta, dar nu este posibil să îți amintești ceva ce încă nu s-a întâmplat, iar acest lucru din trecut nu s-a întâmplat deoarece pacientul nu era încă acolo pentru ca acest lucru să i se întâmple. Singura cale pentru pacient de a-și „aminti”, în acest caz, este trăirea acestui lucru din trecut pentru prima dată în prezent, și anume în transfer. Acest lucru trecut și viitor, devine astfel o chestiune de aici și acum, și este trăit pentru prima dată de pacient. Este echivalentul reamintirii, iar acest deznodământ este echivalentul ridicării refulatului, ce are loc în analiza pacientului psihonevrotic (în analiza clasică freudiană).

Aplicații ulterioare ale acestei teorii

Spaima de moarte

Este nevoie de o mică modificare pentru a extrapola teza generală a spaimii de prăbușire la o spaimă specifică de moarte. Aceasta este poate o spaimă mult mai comună, una dintre cele asimilate de religie atunci când ne învață despre viața de după moarte, ca pentru a nega faptul morții.

Când spaima de moarte este un simptom semnificativ, promisiunea unei vieți de după moarte nu reușește să aducă o ușurare, din cauză că pacientul are o compulsie în a căuta moartea. Iarăși, moartea care s-a întâmplat deja, dar nu a fost experimentată este cea căutată.

Atunci când Keats era „aproape îndrăgostit de liniștita moarte”, el era, conform ideii pe care o prezint aici, în căutarea liniștii ce ar fi urmat dacă și-ar fi putut „aminti” că murise; dar, pentru a-și aminti, trebuia să experimenteze moartea în prezent.

Multe dintre ideile mele sunt inspirate de pacienții mei, cărora le sunt îndatorat. Unuia dintre ei îi datorez expresia „moarte fenomenală”. Ceea ce se petrecuse în trecut era moartea ca fenomen, și nu un fapt pe care-l observăm. Mulți bărbați și multe femei își petrec viața întrebându-se dacă sinuciderea este o soluție, adică să trimită corpul într-o moarte care i s-a întâmplat deja psihicului. Sinuciderea nu este totuși un răspuns, ci un gest disperat. Înțeleg acum pentru prima dată ceea ce îmi spunea o pacientă schizofrenă (care s-a sinucis): „Tot ce vă cer este să mă ajutați să mă sinucid pentru un motiv adevărat, nu pentru un motiv fals.” Nu am reușit, iar ea s-a sinucis disperată de a găsi o soluție. Scopul ei (după cum văd acum) a fost să obțină recunoașterea mea că ea murise în copilăria timpurie. Plecând de aici, cred că ne-am fi putut permite, și ea, și eu, să întârziem moartea corpului până când vârsta și-ar fi cerut dreptul.

Moartea, considerând-o în acest fel, drept ceva ce s-a întâmplat pacientului, dar pe care pacientul nu a l-a putut experimenta ca îndeajuns de matur, are semnificația anihilării. În acest fel s-a dezvoltat un model în care continuitatea de a exista a fost întreruptă de reacțiile infantile ale pacientului la influențele mediului, acestea fiind factori ai mediului care au permis eșecurile mediului facilitator.

(În cazul acestei paciente, tulburările au început foarte de timpuriu, din cauza unei conștientizări trezite prematur, înainte de naștere, din cauza unei panici materne, la care s-a adăugat o naștere complicată din cauza unei *placenta praevia* nediagnosticate.)

Vidul

O dată mai mult, pacienții mei mi-au arătat cum poate fi privit conceptul de vid din aceeași perspectivă.

În unii pacienți vidul trebuie să fie experimentat, iar acest vid aparține trecutului, aceluia timp anterior atingerii gradului de maturitate care să facă posibilă experimentarea vidului.

Pentru a înțelege aceasta, este necesar să ne gândim nu la traumă, ci la faptul că acolo unde s-ar fi putut întâmpla ceva ce ar fi putut fi benefic, nu s-a întâmplat nimic.

Este mai ușor pentru un pacient să își amintească o traumă, decât să își amintească că nimic nu s-a întâmplat atunci când ceva trebuia să se fi întâmplat. La acea vreme, pacientul nu știa ce trebuia să se întâmple, și astfel nu a putut experimenta nimic, doar a remarcat că ar fi trebuit să fie ceva.

Exemplu

O fază din analiza unui pacient ilustrează cele de mai sus. Era o tânără femeie, întinsă inutil pe divan, iar tot ceea ce putea să facă a fost să spună: „Nu se întâmplă nimic în analiza asta!”.

În perioada pe care o descriu, pacienta adusesese material în mod indirect, astfel că știam că resimțea probabil ceva. Am fost în stare să îi spun că resimțise anumite senzații și că le experimentase treptat, în funcție de *pattern*-ul ei, un *pattern* care o făcea să dispere. Senzațiile erau sexuale și feminine. Clinic, nu se remarcă.

Aici, în transfer, eu (aproape că) eram acum cauza avortării sexualității sale feminine; atunci când acest lucru a fost clar exprimat, am avut un exemplu în actual a ceea ce i se întâmplase de nenumărate ori. În cazul ei (pentru a simplifica descrierea), tatăl nu fusese aproape niciodată

prezent, apoi, când s-a întors acasă, ea fiind atunci o mică fetiță, el a refuzat *Self*-ul feminin al fiicei sale și nu i-a oferit nimic drept stimul masculin.

În prezent, vidul este o condiție necesară și prealabilă dorinței. Vidul primar înseamnă pur și simplu: înainte de a începe umplerea. Este necesară o maturitate considerabilă pentru ca această stare să fie înțeleasă.

Vidul care apare în timpul tratamentului este o stare pe care pacientul încearcă să o experimenteze, o stare din trecut ce nu poate fi reamintită decât prin a fi experimentată pentru prima dată în prezent.

În practică, dificultatea este că pacientul se teme de ceea ce are vidul înfricoșător și, pentru a se apăra, va organiza un vid controlat prin faptul de a nu mânca sau a nu învăța, sau, dimpotrivă, prin a se umple fără milă, cu o aviditate compulsivă ce pare nebunească. Atunci când pacientul poate ajunge până la vid și poate tolera această stare datorită dependenței de Eul auxiliar care este analistul, a lua în sine poate deveni deodată o funcție plăcută; astfel, a mânca poate să nu mai fie astfel o funcție disociată (sau clivată) ce face parte din personalitate; și de asemenea, în acest fel unii dintre pacienții noștri care nu pot învăța, încep să învețe cu plăcere.

Baza oricărei învățări (ca și a hrănirii) este vidul. Dar dacă vidul nu a fost experimentat ca atare la începuturi, ulterior se transformă într-o stare înfricoșătoare, căutată compulsiv.

Non-existența

Căutarea unei non-existențe personale poate fi examinată în același fel. Vom constata că aici non-existența este parte a apărării. Existența personală este reprezentată de elementele proiecției, iar persoana încearcă să proiecteze tot ceea ce poate fi personal. Aceasta poate fi o apărare relativ sofisticată, iar scopul este de a evita responsabilitatea (în poziția depresivă) sau de a evita persecuția (în ceea ce eu aș numi stadiul de autoafirmare - de exemplu, stadiul lui EU SUNT, cu implicația inerentă RESPING TOT CE NU SUNT EU. Este convenabil să folosim aici imaginea jocului de copil: „Eu sunt regele castelului – tu ești un ticălos mizerabil.”)

În religie, această idee poate apărea în conceptul de a fi una cu Dumnezeu sau cu Universul. Este o apărare pe care o putem vedea în formă negativă în învățăturile și scrierile existențialiste, în care existența este transformată într-un cult, într-o încercare de a contra tendința personală spre non-existență, ce face parte dintr-o apărare organizată.

În toate acestea poate exista un element pozitiv, anume un element ce nu constituie o apărare. Se poate spune că *doar dincolo de non-existență începe existența*. Este surprinzător să vezi cât de timpuriu (chiar înainte de naștere, și cu certitudine în procesul nașterii) poate fi mobilizată conștientizarea unui Eu prematur. Dar individul nu se poate dezvolta dintr-o rădăcină a Eului dacă acesta este separat de experiența psihosomatică și de narcisismul primar. Exact aici se află începutul intelectualizării funcțiilor Eului. Se poate remarca aici că toate acestea se situează cu mult înaintea constituirii a ceea ce se numește de obicei *Self*.

Rezumat

Am încercat să arăt că spaima de prăbușire poate fi o frică de un eveniment trecut care nu a fost încă experimentat. Nevoia de experiență este echivalentul ideii de a rememora, în termenii analizei psihonevroticilor.

Această idee se poate aplica la alte spaime de același tip - și am menționat spaima de moarte și căutarea vidului.

19

Importanța cadrului pentru confruntarea cu regresia din psihanaliză

Scriș pentru un seminar susținut pentru studenții de anul III de la Institutul de Psihanaliză, 9 iulie 1964

Am susținut cele trei seminarii oficiale în care am intenționat să vorbesc despre psihanaliză fără a-mi expune prea mult ideile personale. S-a exprimat totuși dorința de a vorbi despre concepțiile mele în acest seminar neoficial. Mi s-a cerut să vorbesc în special despre regresie.

Firește, aceasta ne deschide spre un teritoriu foarte vast. Trebuie să mă adaptez și să tratez despre lucrurile esențiale; să încerc să prezint ceva ce poate fi înțeles și discutat.

Principalul meu scop este de a combate câteva dintre concepțiile greșite din jurul ideii de întâlnire a unei regresii. Cea mai importantă greșeală care se face este aceea că regresia este cea mai ușoară soluție din munca analitică.

Aș dori să clarific faptul că e vorba de noroc atunci când chestiunea întâlnirii regresiei nu e ridicată foarte mult într-o analiză.

Se înțelege că accept principiile de bază ale analizei și că ce încerc să fac este să urmez principiile stabilite de Freud, care îmi par a fi fundamentale pentru întreaga noastră muncă. Într-un anumit cadru, Freud aborda materialul produs de pacient, iar o mare parte din munca sa se referea la imensa problemă a modului în care poate fi tratat acest material.

În unele cazuri, totuși, a reieșit la sfârșit, sau chiar de la început, că settingul și menținerea lui sunt la fel de importante ca modul în care tratăm materialul. La unii pacienți cu un anumit tip de diagnoză, prevederea și menținerea cadrului sunt mai importante decât munca interpretativă. Atunci când acest lucru este valabil, ne putem simți provocați și este chiar posibil ca lucrul cel mai potrivit pe care îl putem face să fie încheierea tratamentului pe temeiul că nu suntem capabili să venim în întâmpinarea nevoilor pacientului.

În cazul obișnuit, luăm în calcul munca depusă de părinți, și în special de mamă, în copilăria timpurie a pacientului. Pentru mamă nu a fost foarte dificil să se adapteze la nevoile copilului său, deoarece ea trebuia să facă acest lucru doar pentru o perioadă relativ scurtă de timp, pentru câteva luni, și de obicei este ceea ce îi place să facă. Ea știe că își va recăpăta independența pe parcurs.

Îndată ce avem de-a face cu un pacient care nu a primit un tratament timpuriu îndeajuns de bun, nu suntem siguri că noi putem corecta ceea ce a fost defectuos. Cererile care ni se fac sunt într-adevăr

radicale. Nu e ca și cum am ști imediat ce anume cerere ni se face. La început le putem întâmpina cu ușurință. Este ca și cum pacientul ne aduce treptat în coluziune, coluziunea cu copilul din pacient care, într-un fel sau altul, a primit o atenție inadecvată în stadiile cele mai timpurii.

Motivul pentru care stabilirea acestor lucruri este înșelătoare este acela că pacientul începe doar treptat să aibă speranța că aceste cereri vor fi luate în seamă. Aceasta din cauza dezvoltării în pacient a senzației că există această creștere treptată a nevoii de un mediu specializat adecvat. Într-unul dintre cazurile despre care am vorbit, nu era niciodată vorba despre oferirea unei satisfacții în maniera obișnuită a cedării față de o seducție. Întotdeauna când oferim aceste condiții, travaliul nu se poate realiza, și nici nu trebuie să încercăm s-o facem. Pacientul nu se află acolo ca să lucreze cu noi decât atunci când îi oferim condițiile necesare.

Lăsați-mă să dau un exemplu brutal. O pacientă a mea a fost la un analist și a prins imediat încredere în el, și astfel a început să se învelească într-o pătură și să se întindă pe canapea fără să se întâmple nimic. Acest analist i-a spus: „Ridicați-vă! Uitați-vă la mine! Vorbiți! Nu trebuie să vă întindeți așa, fără să faceți nimic; nu se va întâmpla nimic!”. Pacienta a simțit că acesta era cel mai bun lucru pe care-l putea face analistul. S-a ridicat și a vorbit, și s-a înțeles foarte bine cu analistul pe baza unui interes reciproc pentru arta modernă. S-au uitat împreună pe cărți și au discutat despre lucruri foarte profunde. Era un fel de a scăpa de acest analist și se agăța de el până când ar fi găsit un altul care să nu-i spună să se ridice. Nu avea resentimente față de acest tratament eșuat, deoarece analistul nu pretinsese niciodată că ar putea face ceea ce nu era capabil să facă. El nu putuse să vină în întâmpinarea nevoilor ei care, odată debutând, ar fi devenit foarte precise.

Desigur, pacienta nu era conștientă de toate acestea; *insight*-ul ei era limitat, dar avea un oarecare *insight*, suficient cât să știe cum să aleagă un analist care să adopte o atitudine diferită și, în cele din urmă, să încerce să vină în întâmpinarea nevoilor sale de bază.

Aș fi foarte mulțumit dacă dizertația mea despre acest subiect i-ar conduce pe analiști să acționeze conștient, așa cum a făcut-o acest analist, spunându-i pacientei cât se poate de repede că nu îi poate oferi ceea ce are nevoie.

Prin contrast, aş cita un alt caz. Înainte de asta, aş dori totuşi să spun că, dacă se încearcă treptat să se vină în întâmpinarea nevoilor pacientului, în felul pe care îl descriu aici, cererile adresate analistului devin foarte mari şi vine un moment când pacientul îi spune analistului ceva de genul: „A venit timpul acum să-mi spuneţi dacă vă implicaţi cu totul sau dacă vă retrageţi. Nu mă supăr dacă îmi spuneţi acum că nu o puteţi face, dar dacă mergeţi mai departe, atunci vă voi încredinţa ceva al meu şi voi deveni periculos de dependent de dumneavoastră, iar greşelile dvs. vor conta serios.”

Adesea, în acest moment, totul e o chestiune de viaţă şi de moarte, iar analistul înţelept opreşte analiza, ştiind şi recunoscând deschis că nu este capabil să lucreze partea pe care pacientul doreşte să o facă. El nu va fi blamat pentru asta de pacient.

Drept ilustrare, voi da un detaliu din analiza unei paciente care avea o extraordinară întindere a personalităţii sănătoase, şi totuşi analiza ei a dus inevitabil la această dependenţă profundă, atât de periculoasă. A trecut peste asta fără a recidiva.

Pacienta vine la mine într-o vineri, vineri fiind o zi de bilanţ pentru întreaga săptămână. La această pacientă, *pattern*-ul săptămânii este clar stabilit, drept care, ziua de vineri a fost caracterizată de calmul de după furtună, cu un fel de pregătire pentru ceea ce include week-end-ul.

Cu această pacientă, unele lucruri trebuie să fie întotdeauna la fel. Draperia este trasă; uşa este dată la perete, astfel că pacienta poate intra direct; toate aranjamentele din cameră trebuie să fie constant la fel, iar unele obiecte sunt variabile şi țin de relaţia transferenţială. În perioada pe care o descriu, obiectul constant este plasat într-o anumită poziţie pe birou, unde sunt şi câteva foi adunate pe care le-am pus în faţa mea aşteptând momentul când pacienta le va dori înapoi.

În vinerea asta, în pofida inspectării cu atenţie a aranjamentelor mele din cameră am lăsat foile deasupra altui obiect, în loc să le pun în faţa mea. Pacienta a intrat în cameră şi a văzut modificările, iar când am intrat şi eu, am găsit un dezastru complet. Încă din momentul în care am intrat în cameră am văzut ce se întâmplase, am ştiut atunci că voi fi norocos dacă vom reuşi în câteva săptămâni să ne revenim din dezastrul acesta.

Poate că asta ilustrează modul în care pacienta devine sensibilă la cadru și la detaliile lui. În alte analize există mereu alternanțe. Ele trebuie notate; pot fi importante, dar nu sunt dezastruoase. Această pacientă nu putea face nimic cu reacțiile sale, decât să le lase să se întâmple. După reacția ei inițială, care a fost irațională până la extrem, a început să devină rezonabilă și să își revină întrebând ce anume din ea însăși îi face pe oameni să se comporte urât. În final, m-a rugat să vorbesc eu despre asta, anume despre ce făcuse ca să mă determine să fac o asemenea greșeală – o greșeală care rupsese complet procesul analizei și al dezvoltării sale, și ruinase toată munca noastră din această săptămână.

Înainte de sfârșitul orei, am putut vorbi despre toate acestea, în felul în care mă rugase să o fac, lucru cu totul diferit de a da o interpretare. Acesta este un deznodământ favorabil, pe care nu trebuie să-l așteptăm întotdeauna. S-ar fi putut întâmpla foarte ușor ca un pacient foarte sensibil în acest sens să aibă un episod suicidal în week-end, sau să părăsească analiza, sau să facă o trecere la act din care ar fi fost chiar dificil să își revină, ca de exemplu să se căsătorească cu o persoană nepotrivită. Toate aceste lucruri s-au întâmplat în practica mea și de aceea încerc să conving cât este de greu să faci bine munca asta. În această zi specială, cu această pacientă, am fost în stare să spun că, după cum văd, această greșeală dezastruoasă pe care am făcut-o are o motivație inconștientă. Pot ghici o parte din motivele pentru care am greșit, dar, în opinia mea, am spus, greșeala îmi aparține și nu este o reacție la ceva din pacientă.

Am continuat, datorită materialului pe care îl aveam la îndemână, să arăt că pacienta ar fi preferat să vadă că ceea ce dezastrul pe care îl provocasem era o reacție la ceva din ea însăși, fiindcă asta ar fi adus totul sub controlul ei și i-ar fi dat o anumită speranță de a produce o schimbare în mine, din cauza schimbării din ea.

Din acest motiv, pacienta s-a reîntors la unele lucruri legate de tatăl său, pe care se străduise cu greu să le explice ca reacții la ceva din ea însăși, chiar dacă trebuia să admită că erau caracteristicile tatălui, datând din perioada când ea încă nu se născuse și explicabile desigur în termenii istoriei ei familiale.

La sfârșit, am fost capabil să-i spun: „Fapt e că eu așa sunt, iar dacă veți continua cu mine, veți vedea că voi face lucruri similare tot dintr-o motivație inconștientă, deoarece eu așa sunt.”

Am dat acest exemplu deoarece, deși a fost aproape de pericol, am reușit să ies din el fără să fi decepționat pe cineva, iar asta doar odată cu recunoașterea propriilor mele imperfecțiuni. Se poate vedea cu ușurință că nu e simplu să eviți să faci greșeli cu pacienți care sunt ceva mai bolnavi. Prin ceva mai bolnavi, înțeleg pacienți care au o personalitate mai puțin sănătoasă, alături de partea lor bolnavă. Această parte bolnavă este la fel de bolnavă pentru toți, și nu poți sub nici o formă să-ți diminuezi adaptarea la nevoile pacienților, știind că pacientul are o parte considerabilă de personalitate sănătoasă. Partea bolnavă este aceea cu care avem de-a face, și este pe cât se poate de bolnavă.

Lucrul uimitor este că, dacă avem un pacient care trece printr-una dintre aceste faze, ne putem adapta foarte în amănunt la nevoile lui pentru o perioadă de timp; altfel spus, în ora care este prevăzută pentru acest pacient poți avea o încredere profesională care este foarte diferită de propria personalitate neîncrezătoare. În timp, totuși, propria neîncredere începe să își facă loc și unul dintre pericole este acela că foarte curând pacientul începe să meargă mai bine, în sensul de a fi capabil să îți permită vigilență o mai redusă, să îți iei o vacanță, ca să spun așa, și să se precipite să-și manifeste impulsurile. Nu poți fi blamat pentru că ești așa, dar poți pierde un caz care merge bine.

Totul ne conduce la faptul că această muncă nu este doar dificilă, ci absoarbe și o mare parte din capacitatea noastră de investire, și este mai ușor să tratezi două sau chiar trei astfel de cazuri decât patru în același timp. În ansamblu, este posibil să ai doar un pacient într-un moment când este cel mai bolnav.

Principii

Teoria acestei activități depinde de unele principii. Acestea au fost deja formulate și, odată formulate, se poate vedea că sunt evidente, într-o oarecare măsură.

Principiul de bază este că dezvoltarea afectivă e un proces de maturizare la care se adaugă creșterea bazată pe acumularea experiențelor.

Procesul maturativ este moștenit.

El nu se actualizează decât într-un mediu facilitator.

Mediul facilitator trebuie să fie studiat în relație cu detaliile procesului maturativ.

Procesul maturativ include integrarea, în diversele ei forme, după cum urmează:

1. Instalarea psihicului în soma
2. Relația de obiect
3. Interacțiunea proceselor intelectuale cu experiența somatică.

Corespunzător acestora și alte detalii ale procesului de maturizare, există trei aspecte ale mediului facilitator:

1. Holding
2. Handling
3. Liniștire

Operația mediului facilitator începe cu o adaptare de aproape 100%, ce se diminuează rapid o dată cu nevoile în creștere ale bebelușului. Aceste nevoi includ oportunitatea pe care o reprezintă relația de obiect agresivă.

Anterior acestora, apare satisfacția erotică printr-o liniștire reușită. În dezvoltarea emoțională a bebelușului, călătoria se desfășoară de la dependența absolută la dependență și spre independență. În stadiile timpurii, bebelușul nu este conștient de dependență și este relaționat de obiecte subiective.

Un aspect important al dezvoltării îl reprezintă schimbarea relaționării cu obiectele subiective într-o recunoaștere a obiectelor ce se află dincolo de aria de omnipotență, altfel spus, care sunt percepute obiectiv, dar nu explicate pe baza proiecției. În această arie de schimbare, individul are oportunitatea maximă de a da sens componentelor agresive. A da sens componentelor agresive duce la experimentarea de către bebeluș a furiei (legat de conceptul lui Klein de invidie față de sânul bun) și, în cazul bun, la fuziunea componentelor agresive și erotice întâlnite în hrănire. În starea de

sănătate, cu timpul, hrănirea este stabilită ca parte a relaționării cu obiectele, care a organizat o existență fantasmatică paralelă cu trăirea actuală și care se preocupă de propriul simț al realității.

Nu putem da un răspuns la întrebarea: oare bebelușul are un Eu încă de la început? Motivul este că la început Eul bebelușului este, simultan, slab și puternic. Este extrem de slab dacă nu există un mediu facilitator satisfăcător. Aproape în toate cazurile, totuși, mama sau figura maternă asigură un sprijin Eului și, dacă face asta îndeajuns de bine, Eul bebelușului este foarte puternic și are propria lui organizare. Mama este capabilă să ofere acest sprijin Eului prin abilitatea și voința ei de a se identifica temporar cu copilașul său.

Este important să distingem între capacitatea mamei de se identifica cu bebelușul său, păstrându-și desigur propria autonomie, și starea copilașului de a nu fi ieșit încă din dependența absolută. Doar treptat separă copilașul Non-Eul de Eu și reprezintă un stadiu important al dezvoltării emoționale momentul în care el devine capabil să recunoască faptul dependenței și să fie capabil să aibă un *Self*, care este doar relativ dependent, în loc de a fi absolut dependent de starea temporară a mamei, în care ea intră în coluziune cu bebelușul său, astfel că bebelușul are, datorită acestei coluziuni, un Eu și o organizare a Eului, și o anumită forță a Eului, și o flexibilitate.

20

Tulburările psihosomatice

I. Boala psiho-somatică, în aspectele ei pozitive și negative

O conferință susținută inițial la Societatea de Cercetări Psihosomatice, 21 mai 1964¹⁹

Cuvânt înainte

1. Cuvântul „psiho-somatic” este necesar întrucât nu există un cuvânt simplu care să fie adecvat pentru descrierea anumitor stări clinice.
 2. Cratima alătură și separă, simultan, cele două aspecte ale practicii medicale care sunt constant în vedere în orice discuție pe această temă.
 3. Cuvântul descrie cu acuratețe ceva care este inerent acestei practici.
 4. Psiho-somaticianul se mândrește cu capacitatea sa de a călări doi cai, cu un picior pe fiecare dintre ei, cu ambele frâie în mâna stângă.
 5. Trebuie găsit un agent care tinde să separe cele două aspecte ale tulburării psiho-somatice, să dea un rol cratimei.
 6. Acest agent este, în fapt, o disociere în pacient.
 7. Boala în tulburarea psihosomatică nu este acea stare clinică exprimată în termeni de patologie somatică sau de funcționare patologică (colită, astmă, eczemă cronică). Persistența unui clivaj în organizarea Eului pacientului, sau a unor multiple disocieri constituie adevărata boală.
 8. Această stare de boală a pacientului este ea însăși o organizare defensivă cu cauze foarte puternice, și din acest motiv este foarte ușor pentru doctorii bine informați, bine orientați și chiar bine echipați să eșueze eforturile lor de a vindeca pacienți cu tulburări psihosomatice.
 9. Dacă motivele acestei tendințe de eșec nu sunt înțelese, medicii practicanți își pierd speranța. Apoi, subiectul psihosomaticii devine subiect pentru studiu non-clinic sau *teoretic*, iar asta este relativ ușor, deoarece teoreticianul este detașat și nu este presat de responsabilitatea față de pacienți. Teoreticianul poate pierde contactul cu disocierea și este capabil să vadă prea ușor din ambele perspective.
- Doresc să spun limpede că *forțele aflate la lucru în pacient sunt teribil de puternice*. Dilema psiho-somaticianului practicant este într-adevăr o realitate.
- În acest stadiu al argumentării trebuie menționate una sau două complicații:

¹⁹ Publicată în forma actuală în *International Journal of Psycho-Analysis* (1966), copyright Institutul de psihanaliză.

a. Unii medici practicanți nu sunt cu adevărat capabili să călărească doi cai deodată. Ei stau pe una dintre șei și conduc celălalt cal din hățuri, sau pierd contactul cu el. La urma urmelor, de ce ar fi doctorii mai sănătoși, din punct de vedere psihiatric, decât pacienții lor? Ei nu au fost selectați pe criterii psihiatrice. Propriile disocieri ale doctorului trebuie luate în considerare, alături de disocierile din personalitatea pacienților.

b. Pacienții pot avea mai mult decât o singură boală. Un bărbat cu o tendință spre spasm coronarian, secundar confuziei emoționale, poate avea de asemenea și arterită calciformă, sau o femeie cu fibrom și menoragie poate avea, desigur, și o imaturitate sexuală. Și așa mai departe. În ansamblu, ipohondriacii sunt cei care eșuează în a fi examinați, atunci când au cancer de sân sau hipernefrită, și există și pacienți care sunt fizic bolnavi și care se lasă în baza analizei sau a hipnozei. Mai există și pacienți care trec pe al o serie de doctori pentru a fi examinați în amănunt și cărora nu li s-a descoperit nimic pe baza testelor fiziologice. Astfel că urmează o cale greșită am auzit uimitoare povești de neglijare, unele credibile.

c. Mulți pacienți nu scindează îngrijirea lor medicală în două; clivajul se face în multe fragmente, iar noi, ca doctori, ne trezim acționând în rolul unuia dintre aceste fragmente. Am folosit (1958) termenul de „dispersia agenților responsabili”²⁰ pentru a descrie această tendință. Asemenea pacienți sunt exemple citate în cazurile supravegheate de asistența socială, în care douăzeci sau treizeci sau chiar mai mulți agenți s-au implicat pentru a calma stresul unei singure familii. Pacienții cu multiple disocieri exploatează de asemenea clivajul natural din profesia medicală astfel:

medical

chirurgical

psihiatric

psihanalitic

psihoterapeutic

²⁰ Vezi Winnicott, revăzut de Michel Balint, în lucrarea sa *Doctorul, pacientul său și boala* (1958), în capitolul 52 din acest volum.

homeopat

osteopat

vraci

diverse servicii auxiliare

Psihosomaticii ca subiect

Psihosomatica este din multe puncte de vedere un subiect curios, pe de-o parte, fiindcă se ajunge în sfera intelectualizării și a pierderii contactului cu pacientul, pe de altă parte, fiindcă se consideră că termenul psihosomatic își pierde funcția integrativă. Ne întrebăm imediat: de ce s-a ajuns aici în această specialitate? Nu se referă oare la fiecare aspect al dezvoltării umane, cu excepția poate a comportamentului? Mă regăsesc implicat în aceleași considerente pe care am încercat să le clarific pentru propriul meu folos în „Mintea și relația ei cu psiho-soma” (1949)²¹, deoarece în timpul scrierii acestei lucrări mi-am dat seama de confuzia care există în folosirea termenului „tulburare mintală”, un termen care nu reușește să dea seamă întru totul de cazul unui copil cu atac biliar, sau de cazul unei persoane cu o boală fizică fatală care nu dispare.

Eu cred că orice încercare intelectualizată de a ne implica în psihosomatică ne îndepărtează cu ușurință de condițiile clinice, iar asta ne împiedică în munca noastră. Ne-am afla implicați în încercarea de a construi o *teorie*, când cuvântul ar trebui să fie de fapt *teorii* (la plural). Scopul meu nu este să spun un adevăr final, ci să îmi spun părerea și astfel să aduc un material de discuție.

Elementul care dă coeziune lucrului nostru cu psihosomaticii, după cum am afirmat anterior, îmi pare a fi clivarea patologică de către pacient a mediului dat. Clivajul este desigur unul care separă îngrijirea fizică de înțelegerea intelectuală; mai important chiar, el separă îngrijirea psihicului de îngrijirea somaticului.

²¹ În *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis* (Londra: Tavistock, 1958; New York: Basic Books, 1975; Londra: Hogarth Press, 1975) (În traducere românească: *De la pediatrie la psihanaliză*, Editura Trei, București, 2003)

Dacă iau acum un caz din practica mea și încerc să descriu dilema, îmi asum riscul de a-mi ruina tratamentul, deoarece, cu oricâtă grijă mi-aș alege cuvintele, îmi pot nemulțumi pacientul, care mi-ar putea citi relatarea. Soluția în cazul oricărui pacient este să nu fie identificat într-o relatare din ce în ce mai precaută; soluția poate veni doar prin succesul tratamentului care, dacă timpul o permite, poate consta în capacitatea pacientului de nu mai avea nevoie de clivajul ce creează dilema medicală pe care o descriu. Întrucât sunt practician, am nevoie să fiu foarte atent la prezentarea materialului meu ilustrativ.

Să spunem că am un pacient printre cititori, un pacient cu o varietate a acestei tulburări pe care o denumim psihosomatică. Probabil că pacientul nu se va supăra pentru că fost citat, căci nu în acest citat se află problema. Problema este că *nu îmi va fi posibil să dau seama în mod acceptabil de ceva ce nu a devenit încă acceptabil în economia internă a pacientului*. Doar continuarea tratamentului este utilă în acest caz, și, în timp, presupusul pacient, mă poate elibera din dilema care face subiectul lucrării mele. Un lucru pe care-l urăsc este să-l seduc pe pacient cu o afirmație care ar include o abandonare a psiho-somaticului și o fugă într-o coluziune intelectuală.

Am început pare să-mi formulez întrebarea dacă *în practică* chiar există o dificultate reală și de netrecut, anume disocierea în pacient, care, ca apărare organizată, păstrează separată disfuncția somatică și conflictul psihic? În timp și în circumstanțe favorabile, pacientul va tinde să își revină din disociere. Forțele integrative din pacient tind să-l facă să abandoneze apărarea. Trebuie să încerc să mă exprim astfel încât să evit dilema.

Va fi evident faptul că eu fac o distincție între cazul cu adevărat psihosomatic și problema universală a implicării funcționale în procesele afective și conflictele mintale. Nu voi considera că este un caz psihosomatic cel al pacientei a cărei dismenoree este legată de componentele anale din organizarea genitală, și nici cel al acelui bărbat care trebuie să urineze urgent în anumite circumstanțe. Asta-i viața, asta înseamnă să trăiești. Dar pe pacientul care se plânge că hernia sa de disc se datorează unei tracțiuni trebuie să-l consider ca fiind un caz psihosomatic - și să-l am în vedere în această lucrare.

Material ilustrativ

Atunci când caut exemple clinice, sunt copleșit, desigur, de un imens material. Există sute de feluri în acre îmi pot expune punctul de vedere.

Un caz de anorexia nervosa

Există unele trăsături comune în cazurile de anorexie, deși într-un caz copilul poate fi aproape normal și într-alt caz (ea și uneori el) poate fi foarte bolnav. Un copil poate aproape să moară de foame într-o fază de tulburare, iar apoi să își revină spontan; într-un exemplu mai puțin periculos, copilul poate deveni o pierdere psihiatrică.

Descriu pe scurt cazul unei fete de zece ani, aflată în analiză. Este bine din punct de vedere fizic deoarece ia mâncarea ca pe un medicament. Nu mănâncă nimic altceva decât mâncare. Vă puteți închipui că această fată este foarte suspicioasă cât privește discuția dintre medici și analistul ei. În același timp, se bizuie într-un mod absolut și conștient pe cooperarea strânsă dintre analist, doctori și asistentele medicale. Există clivaje multiple; infirmierele și doctorii sunt împărțiți de pacientă în cei care înțeleg și cei care nu înțeleg niciodată. Toți fac efortul să evite momentul când pe scenă apare logica făcând limpede existența unei disocieri în pacientă. Cel mai rău lucru cu puțință ar fi forțarea acestui fenomen. Un doctor i-a spus: „Îți pierzi vremea, trebuie să îți faci temele de școală.” Asta a dus la izbucnirea unei angoase de o extremă intensitate și situația a fost salvată doar de faptul că ședința analitică a urmat imediat după acest eveniment periculos. Pacienta știa că se putea bizui pe analist pentru a interzice învățarea. Dar nu a trebuit să fac nimic, deoarece l-a aflat curând pe unul dintre doctori, „unul care înțelege”, iar el desigur că i-a interzis să învețe și a subliniat asta cu fermitate. Te puteai aștepta totuși ca una dintre infirmierele de gardă, precum și una dintre îngrijitoarele de zi să spună ceva lipsit de tact, sau altfel spus, ceva care să ignore disocierea din pacientă. Dar cred că de-acum nimeni dintre cei aflați pe o rază de 10 mile în jurul acestei fete nu i-ar mai fi spus *să mănânce*, atât de bine, deși fără tragere de inimă, devenise cunoscută și acceptată marea ei nevoie de a fi lăsată în pace în această privință.

Avem aici o altă modalitate de a descrie acest aspect al cazului. Timp de mai multe luni în această analiză, senzațiile, agoniile și visele pacientei au apărut în forma unui material intempestiv legat de burtă. Exista o întreagă lume de obiecte în el și care îi cădeau sub ochi. Într-un vis, vitrine pline și chiar uși de oțel cu muchii ascuțite îi dădeau o acută durere de burtă. Acestea nu puteau fi modificate de interpretări legate de obiectele interne. Într-o zi (după câțiva ani) a relatat despre o *durere de cap*. În fine, a avut loc aici o mutație de la starea disociată, de vreme ce a putut asocia durerea de cap cu o confuzie de idei sau de responsabilități. Am interpretat acum că îmi spune despre o boală a *minții* ei, și în acest fel am trecut de la calitatea de a fi membru al echipei psihosomatice la rolul de psihoterapeut. Acest lucru a persistat, iar timp de mai multe luni i-a fost foarte greu să se raporteze la mine în problema durerii de burtă. Acum, ca pacientă cu probleme ținând de mintea ei, este capabilă să îmi ofere un material pe care îl pot interpreta în terminologia obiectelor interne, dacă simt că e oportun așa, și pot lucra cu pacienta asupra naturii fantasmelor despre interiorul ei și asupra a ceea ce se află acolo, și să vedem cum se poate ajunge acolo și ce este de făcut. În faza anterioară, dimpotrivă, exista o fugă în simptomele delirante legate de burtă și o negare a conținutului său mintal.

Dacă această pacientă ar fi fost aici și acum, citind această lucrare, s-ar simți mai bine , deoarece și-ar da seama că doctorii care o îngrijesc sunt prietenii analistului. Pacienții cu tulburări psihosomatice se plâng mereu că diverși doctori nu cooperează, dar devin neliniștiți atunci când trebuie să-i întâlnească pentru a discuta despre caz. Deși îngăduitori, colegii mei pediatri nu sunt în întregime convinși de acest punct de vedere al psihologiei dinamice sau al psihanalistului, și astfel există de fapt un anumit clivaj în mediul medical; aceasta o face pe pacientă să simtă că are aliați de orice parte s-ar plasa, în conflictele sale interne ce izbucnesc din cauza disocierii²².

În practica psihosomatică, psihoterapeutul are nevoie de cooperarea cu un medic care să *nu fie prea științific*. Știu că asta nu sună bine și mă aștept să fiu contrazis. Dar trebuie să spun ce simt. Atunci

²² 1965-1966. De când a fost scris acest articol, în 1964, natura bolii acestei paciente s-a modificat. Acum nu mai este un caz psihosomatic. Ea prezintă o tulburare gravă a dezvoltării emoționale și folosește analiza pentru atenuarea

când fac analiza unui caz psihosomatic, aş dori ca numărul meu opus să fie *un om de ştiinţă care şi-a luat vacanţă de la ştiinţă*. Avem nevoie mai degrabă de *science-fiction*, decât de o aplicare rigidă şi compulsivă a teoriei medicale pe baza percepţiei realităţii obiective.

Un pacient adult

O pacientă în analiză cu mine, o femeie aflată la jumătatea vieţii, depinde de mulţi alţii în afară de analistul său, în cursul terapiei. Permiteţi-mi să-i enumăr pe câţiva:

- familia G.P. şi un grup de ginecologi şi de medici patologi
- osteopatul său
- dermatologul său
- analistul său anterior
- maseuza
- coafeza, în special *cealaltă* care îi vindeca gratuit alopecia, ocazională
- o clarvăzătoare
- un preot special
- bona copiilor săi, aleasă cu precauţie pentru a fi îndeajuns de bună la îngrijirea copiilor, în stare astfel să se transforme într-o infirmieră psihiatrică pentru ea însăşi
- garaj foarte deosebit, pentru maşina ei

Etc.

Are loc aici o „dispersie a agenţilor responsabili”, subordonată unei activităţi de dezintegrare în economia personalităţii pacientei. Integrarea în analiză a însemnat o ştergere treptată a dispersiei agenţilor terapeuţi şi a multiplei disocieri a personalităţii sale prin care se apăra împotriva pierderii identităţii într-o fuziune cu mama sa. E limpede oare că pacienta a folosit iniţial toate aceste ajutoare într-un mod disociativ? Exista o trecere de la unul la celălalt, iar fiindcă există o multiplă

disociere care era fundamentală, pacienta nu se afla niciodată într-un singur loc și în contact cu fiecare aspect al îngrijirii pe care și-o organizase.

Dar în cursul terapiei a avut loc o mare schimbare. Am văzut cum acești agenți se transformă treptat în *aspecte ale transferului*. Când pacienta a fost aproape de această realizare, ea fost în stare să pentru prima dată să iubească pe cineva, pe soțul ei. Personalitatea clivată era legată de o nevoie a pacientei de a-și salva identitatea personală și de a evita fuziunea cu mama sa. A fost o zi remarcabilă pentru mine atunci când pacienta m-a sunat din greșeală, deși intenționase să-l sune pe măcelarul său²³.

Un caz de colită

Pentru a echilibra perspectiva, iată un al treilea caz, cu un deznodământ mai puțin fericit. Un copil a fost în analiză cu mine din cauza unei colite – cu siguranță un bun exemplu pentru tipul de tulburare ce apare o dată cu clivajul pe care încerc să-l descriu. Din nefericire, nu am observat suficient de devreme că persoana bolnavă în acest caz era mama. Mama era cea care avea un clivaj esențial, iar copilul avea colită. Dar copilul a fost cel adus la mine la terapie.

Am procedat bine cu copilul și cred că am beneficiat de cooperarea mamei. În orice caz, am avut prietenia ei. Când fetița avea opt ani, i-am spus că poate merge la școală, după cum dorea să facă, iar asta a produs o schimbare în atitudinea inconștientă a mamei. Copilul a mers la școală, dar în curând s-a îmbolnăvit din nou.

Am aflat acum că la opt ani mama fusese ea însăși un caz de refuz școlar și desigur că aceasta avea legătură cu psihopatologia mamei ei. Mama, deși în mod inconștient, nu i-a putut permite fetei, care își trăia propria viață pentru mama ei, să iasă din acest *pattern*.

După o neașteptată eșuare a tratamentului meu, am aflat că fetița se afla sub observația unor medici generaliști și, de asemenea, în îngrijirea unui pediatru, și, la un moment dat spre sfârșitul

tratamentului meu, a mai fost îngrijită de un hipnotizator și un alt psihoterapeut. Aceasta s-a întâmplat cu mult înainte de extirparea chirurgicală a colonului, iar eu m-am lăsat păgubaș în acest caz, contribuția mea nefiind constatată. Nu am fost nici măcar concediat. Totuși, cu trei ani în urmă aveam întregul caz în mâini și se părea, iar eu credeam că beneficiai de deplina încredere a familiei, iar eu am avut desigur încredere în copil, în măsura în care era o ființă autonomă. Din păcate, în mod cert nu a fost așa.

Nu știu finalul și nu am inima să-l aflu. Greșeala mea a fost să tratez un copil când de fapt boala se afla în mamă, iar boala a inclus disocierea psihosomatică esențială ce reprezintă subiectul acestei lucrări. Nu numai că am neglijat psihopatologia mamei, despre care copilul știa, și care a fost mereu un element important în lucrul dintre mine și copil. Dar am uitat de îngrozitoarea putere a nevoii inconștiente ce există într-o astfel de mamă de a împrăști agenții responsabili și de a menține un *status quo* din care, aici, boala somatică a copilului a făcut parte integrală. Mama putea avea un corp sănătos în timp ce boala era în copil.

Recapitulare

O înmulțire a exemplelor clinice nu ar întări argumentul. Nu există arie a dezvoltării personalității care să nu fie cuprinsă în studiul tulburării psihosomatice. În spatele unui gât înțepenit se poate ascunde o severă dezintegrare; o ne semnificativă roșeață a pielii poate ascunde o depersonalizare; roșirea poate trimite la un eșec infantil de a stabili o relaționare umană, la nivelul stadiului uretral, deoarece nimeni nu se uită și nu admiră în timpul fazei de potență a micțiunii. Mai mult, suicidul poate fi prezent într-o severă pată pe maleolus intern, produs și menținut de o constantă **kicking**; delirurile și persecuția pot fi exprimate clinic prin purtarea ochelarilor negri sau prin răsucirea ochilor; o tendință antisocială ținând de o serioasă deprivare poate arăta ca un simplu enurezis; indiferența față de infirmitate sau față de o boală dureroasă poate fi reliefată de o organizare sexuală

²³ În cazul că această pacientă citește aceste cuvinte, aș dori să afirm că această descriere nu numai că nu este inadecvată, ci nici măcar conformă cazului. Dar o folosesc pentru a-mi ilustra ideea. (Notă ulterioară: pacienta este

sado-masochisă; hipertensiunea cronică poate fi echivalentul clinic al stării de angoasă psihonevrotică sau al unui factor traumatic îndelungat, precum un părinte care este iubit, dar care este un caz psihiatric. Și așa mai departe, dar toate acestea reprezintă un teren cunoscut.

Convingerea mea este că *aceste lucruri nu constituie prin ele însele tulburări psihosomatice*, nici nu justifică folosirea unui termen special sau organizarea unui *grup psihosomatic* în cadrul medicinei generale sau chirurgiei. Ceea ce dă sens acestei grupări este nevoia unor pacienți de a-i păstra pe medici pe două sau mai multe planuri, o nevoie care este internă; asta și pentru că această nevoie internă este parte a unui sistem de apărare foarte organizat și strașnic menținut, apărările fiind împotriva pericolelor ce apar dincolo de integrare și de realizarea unei personalități unificate. Acești pacienți au nevoie ca noi să fim clivați (și esențial uniți în planul îndepărtat pe care ei nu își permit să-l cunoască).

Mult timp, am fost dezorientat de eșecurile noastre în a clasifica bolile psihosomatice și de incapacitatea noastră în a formula o teorie, o teorie unică a acestui grup de boli. Când aflu o cale de a-mi spune ce este realmente o tulburare psihosomatică, aflu o clasificare deja făcută pe care o ofer (pentru ceea ce merită). Dar mai întâi permiteți-mi să reformulez principala mea teză, legând-o de teoria maturizării în creșterea individului.

Elementul pozitiv din apărarea psihosomatică

Boala psihosomatică este negativul unui pozitiv; pozitivul fiind tendința spre integrare în unele dintre înțelesurile sale și incluzând tot ceea ce am considerat eu a fi (în 1963)²⁴ personalizare. Pozitivul este tendința inerentă a fiecărui individ de a atinge o unitate a psihicului și a somei, o identitate experiențială a spiritului sau a psihicului și totalitatea funcționării fizice. O tendință îl conduce pe bebeluș și pe copil spre o funcționare a corpului pe care și dincolo de care dezvoltă o funcționare a personalității, completată de apărările împotriva angoasei de orice intensitate și de

bine.) – D. W. W.

²⁴ “The Mentally Ill in Your caseload”, in *The Maturational Processes and the Facilitating Environment* (Londra: Hogarth Press, 1965)

orice fel. Cu alte cuvinte, așa cum spunea Freud cu multe decenii în urmă, Eul se bazează pe un Eu corp. Freud ar fi putut continua afirmând că, *în starea de sănătate*, *Self-ul* păstrează această aparentă identitate cu corpul și funcționarea lui. (Întreaga teorie complexă a introiecției și proiecției, ca și conceptualizarea jurul termenului de „obiect intern” reprezintă o dezvoltare a acestei teme.)

Acest stadiu din procesul de integrare se poate numi stadiul lui „EU SUNT” (Winnicott, 1965)²⁵. Îmi place acest nume deoarece îmi amintește de evoluția ideii de monoteism și de desemnarea lui Dumnezeu ca „Marele EU SUNT”²⁶. În termenii jocului din copilărie, acest stadiu este celebrat (la o vârstă mai târzie decât cea pe care o am eu acum în minte) de jocul „Eu sunt regele castelului – tu ești ticălosul mizerabil.”. Semnificația lui „Eu” și a lui „Eu Sunt” este alterată în disocierea psihosomatică.

Clivajul psihic-somatic este un fenomen regresiv implicând reziduuri arhaice în stabilirea unei organizări defensive. Dimpotrivă, tendința spre integrarea psiho-somatică este o parte a mișcării de înaintare în procesul dezvoltării. „Clivajul” este aici reprezentantul „reprimării”, care este termenul cel mai potrivit într-o organizare sofisticată.

Clasificare

Dacă acestea sunt adevărate, atunci ar trebui să fie posibil să clasificăm bolile psihosomatice conform teoriei procesului maturativ, incluzând două idei principale:

1. O stare primară de neintegrare, cu tendința spre integrare. Rezultat dependent de: a. reîntărirea Eului mamei, bazată pe capacitatea ei de adaptare, oferind Eului copilului o realitate a dependenței; b. Eșecul matern, care îl lasă pe copil fără elementele esențiale pentru intrarea în procesul maturativ.
2. Integrarea psihosomatică sau realizarea „instalării” psihicului în somatic, aceasta fiind urmată de bucuria unei unități psihosomatice în experiență.

În procesul de integrare, copilașul (în dezvoltarea sănătoasă) câștigă un avans în poziția „EU SUNT” sau „rege al castelului” în dezvoltarea emoțională, și apoi nu numai că împlinirea

²⁵ În diverse capitole din *The Maturational Process and the facilitating Environment* și din *The Family and Individual Development* (Londra, Tavistock, 1965).

funcționării corporale reîntărește Eul, dar și dezvoltarea Eului reîntărește funcționarea corpului (influențează tonusul muscular, coordonarea, adaptarea la schimbările de temperatură etc.). Eșecul în dezvoltarea acestor aspecte determină o incertitudine a „instalării” psihicului în corp, sau duce la depersonalizare, în măsura în care instalarea a devenit o trăsătură ce se poate pierde. Termenul de instalare este folosit aici pentru a descrie înscrierea psihicului în somatic, și *vice versa*.

În stadiul „EU SUNT”, sau „regele castelului”, individul poate fi sau nu, din motive externe (iar copilașul este extrem de dependent de ele), capabil să se adapteze la rivalitatea pe care aceasta o implică („tu ești ticălosul mizerabil”²⁶). În starea de sănătate, rivalitatea devine un stimul adițional la creștere și la elanul vieții.

Prin urmare, tulburarea psihosomatică este în raport cu:

- un Eu slab (dependent de un maternaj care nu este îndeajuns de bun), cu o slabă instalare în dezvoltarea personală;
- retragerea din EU SUNT și din lume, devenită ostilă prin respingerea de către individ a tot ce este non-Eu, spre o formă specială de clivaj care are loc în minte, dar și de-a lungul liniilor psihosomatice.

(Aici, un detaliu persecutor din mediu poate determina retragerea individului către unele forme de clivaj.)

În acest sens, boala psihosomatică implică un clivaj în personalitatea individului, cu slăbirea legăturii dintre psihic și somatic, sau un clivaj organizat în minte, în apărarea împotriva persecuției generalizate provenite din lumea respinsă. Rămâne, totuși, în individul bolnav o tendință de a *nu* pierde toate legăturile psihosomatice.

Iată aici *valoarea pozitivă a implicării somatice*. Individul valorifică legăturile psihosomatice potențiale. Pentru a înțelege toate acestea, trebuie să ne amintim că apărarea este organizată nu doar în termenii clivajului, protejând împotriva anihilării, ci și în termenii de protecție a psiho-soma de o

²⁶ Acest cuvânt implică aici: “Tu nu ești (cum sunt eu) un făt capabil de integrare și autonomie, ci ești un produs excretor al mamei tale, fără nici o formă de proces maturativ. » - D.W.W.

fugă într-o experiență intelectualizată sau spirituală, sau într-o exploatare sexuală compulsivă care ar ignora solicitările unui psihic construit și menținut pe bazele funcționării somatice.

Încă o complicație. Firește, atunci când personalitatea este disociată, individul exploatează și disocierile din mediu. Un exemplu ar fi folosirea unei tendințe a mamei spre dezintegrare sau depersonalizare, a neînțelegerii parentale sau rupturii uniunii familiale, sau a unui antagonism (în special antagonismul inconștient) dintre familie și școală. În același mod are loc și uzul clivajelor (la care m-am referit) în cadrul îngrijirilor medicale.

Aici ne putem întoarce la ideea mea principală, aceea că existența unui grup de medici psihosomatici (sau psi și somatici) depinde de nevoia pacientului ca noi să clivăm finalitățile practice, dar să rămânem teoretic uniți într-o disciplină și profesie comună.

Sarcina noastră cea mai dificilă este de a avea o perspectivă unică asupra pacientului și asupra bolii *fără să pară că facem astfel, într-o manieră care merge în întâmpinarea abilității pacientului de a realiza integrarea sa într-o unitate*. Adesea, foarte adesea, trebuie să ne mulțumim să-l lăsăm pe pacient să aibă și să manipuleze simptomatologia, într-o **relație box-and-cox** cu ceilalți specialiști, fără să încercăm să vindecăm adevărata boală, aceasta fiind de fapt personalitatea clivată a pacientului, care este organizată dincolo de slăbiciunea Eului și este menținută ca o apărare împotriva amenințării cu anihilarea, într-un moment de integrare.

Boala psihosomatică, ca și tendința antisocială, prezintă acest aspect încurajator, anume că pacientul se află în contact cu posibilitatea unității psihosomatice (sau cu personalizarea) și cu dependența, chiar dacă prin condiția sa clinică arată opusul, prin clivaj, prin diversele disocieri, printr-o persistentă încercare de a cliva personalul medical și prin autoîngrijirea omnipotentă.

II. Notă adițională asupra tulburării psihosomatice

Datată 16 septembrie 1969

A fost subliniat faptul că afecțiunile cutanate cronice sunt legate într-o manieră obscură de tulburarea psihotică. Evident, unele tulburări cronice sunt determinate fizic. În linii mari, alergia cutanată cronică accentuează limitarea membranei corporale, și astfel și a personalității, iar în spatele acestora se află amenințarea cu depersonalizarea sau pierderea limitelor corporale și a angoasei de negândit, aproape fizice, ce ține de procesul invers a ceea ce este numit integrare.

Un exemplu al acestei angoase de negândit este starea în care nu există nici un cadru al imaginii; nimic nu conține intersectarea forțelor din realitatea psihică internă și practic nu există nimeni să-l susțină pe bebeluș.

O pacientă, femeie la jumătatea vieții, a devenit foarte conștientă de această stare din ea însăși, fiind capabilă să adauge la tabloul său clinic unele detalii care aveau valoare pentru mine, ca observator. Pe parcursul diverselor forme de prurit cronic, unele apărând spontan, altele produse sau amplificate prin scărpinat, pacienta a recunoscut alte modalități prin care trebuia să se mențină în corpul ei. Se poate spune că până de curând nu fusese conștientă de amenințarea cu depersonalizarea. Ceea ce știa despre ea era pielea ei și interesul ei pentru o tulburare cutanată cronică a unei prietene, dar ea avea și o tehnică de a se odihni, în sensul că de fapt nu se odihnea niciodată. În pat nu era niciodată liniștită. Nu se întindea niciodată din cauza unei dificultăți de respirație, pe care și-o și menține fumând exagerat. Întotdeauna se așeza în poziții exagerate, astfel că era fizic conștientă de ea. Stătea mereu în așa fel încât mușchii săi erau mereu încordați. Spunea: „Nu pot opri asta. Reușesc, pe măsură ce încerc, să mă gândesc de ce fac toate lucrurile astea și chiar să înțeleg despre ce e vorba, dar lucrurile continuă.”

Acest material a fost oferit de pacientă într-o zi când descrisese modul în care se simte ruptă de familia ei fiindcă nu fusese în stare să se bucure de o ceremonie în familie. Simțise că nu fusese în stare să ia parte la ritualul religios legat de un bebeluș, fiindcă totul se lega de momentul separării bebelușului de mamă. A asociat asta cu un gând brusc că ar trebui (în timp ce era implicată într-un gest obsesional) să renunțe la analiza ei, fiindcă nu duce nicăieri. A recunoscut destul de ușor la stadiul acesta că nu ar vrea ca analiza să nu ducă nicăieri și, astfel, pentru a face acest gest, trebuise

să uite ceea ce îmi spusese altădată, respectiv că făcuse în mod cert, recent, un mare pas înainte și chiar fusese capabilă să trăiască o perioadă de timp în prezent. Cu alte cuvinte, principalele ei simptome se atenuaseră timp de câteva săptămâni. Din cauza disocierii esențiale din ea, știe că este foarte bolnavă atunci când este foarte bolnavă, și știe că este foarte bine atunci când se simte bine, dar aceste stări nu sunt legate între ele, iar pentru a face o legătură, ea trebuie să se gândească la ce știu eu despre cele două stări ale ei. A legat asta de un eșec din stadiul în care mama era ocupată și fericită, dar disponibilă, în timp ce copilul se juca. La extrema experienței eșecului în relația mamă-copil și a amintirilor acestui eșec a apărut strigătul, pe care această pacientă nu îl trăise niciodată. Este just să spunem, atunci când revedem una dintre ședințele acestei paciente, că, dacă ar putea să strige, i-ar fi mai bine. Marele eveniment care nu se întâmplă în fiecare ședință este strigătul. Este, desigur, inutil să încurajez pacienta să strige și nu are nici un sens să introduc ceva înspăimântător sau dureros ca să fac să strige. De obicei, pacienta știe că faptul că nu strigă este subiectul aflat în spatele întregului material pe care îl produce - dar cum ar putea modifica ea starea de fapt? Se simte prinsă în capcană, și a spus-o cu această ocazie: și-a amintit de plânsul ei teribil atunci când s-a întors de la înmormântarea mamei, după care a apărut o scrisoare de la proprietăreasă, cu un subiect destul de banal. Această scrisoare a fost destul de persecutorie, sosită exact la momentul potrivit, pentru a produce ceva apropiat de un strigăt, și este o ușurare să poți să strigi, chiar și cu un fals motiv. Ea este prea sănătoasă pentru a putea organiza, așa cum fac unii pacienți, o situație paranoidă și astfel să strige de teama vreunei amenințări. Cu astfel de pacienți este necesară o abordare diferită.

Dacă luăm în considerare situația în care ea era un copil ce se juca în timp ce mama era ocupată cu alte activități precum cusutul, acesta e un *pattern* bun pentru dezvoltare. În orice moment copilul poate face un gest, iar mama își poate îndrepta interesul de la cusut spre copil. Dacă mama este preocupată și nu observă nevoia copilului, atunci copilul n-are decât să înceapă să plângă și mama devine disponibilă. Într-un *pattern* defectuos, care se află la rădăcina bolii pacientei, copilul a plâns, dar mama nu a apărut. Cu alte cuvinte, strigătul pe care îl căuta este *ultimul strigăt înainte ca*

speranța să fie abandonată. De atunci, strigătul nu a mai fost de folos deoarece nu a mai avut finalitate. Tot ce poate face mai bun analistul este să înțeleasă acest aspect, în sensul de a începe să modifice *pattern*-ul defectuos care a stopat dezvoltarea emoțională și să se îndrepte spre *pattern*-ul bun, în care plânsul poate avea loc. Înțelegerea profundă din partea analistului a materialului prezentat de această pacientă duce desigur spre strigăt - ca să spunem așa, duce din nou spre strigăt, de astă dată cu speranță.

Relevanța acestor lucruri pentru ceea ce am prezentat mai devreme referitor la interferența psihosomatică este că non-evenimentul sau ne-strigătul este în sine o negare sau o desprindere de unul dintre lucrurile foarte importante ce leagă psihicul de somatic; anume, plânsetul, strigătul, țipătul, protestul de furie. Este deja posibil să prezicem că această pacientă, devenind capabilă să strige, va căpăta imensa forță a interrelaționării psiho-somatice și o diminuare a nevoii de a utiliza o experiență oarecum artificială a interferenței psihosomatice, după cum am descris mai sus.

Apare firesc întrebarea: oare pacienta are într-adevăr nevoie să strige în ședința analitică? Răspunsul poate fi da, dar pacienta avusese deja un *vis* în care strigătul avusese loc. Prin acest vis a apărut liniștirea clinică din starea de veghe; altfel spus, înainte de relatarea visului, ea relatase că fusese capabilă să cânte în public, ceea ce nu mai fusese în stare de câțiva ani, și chiar și în comportamentul din situația transferențială fusese capabilă să facă zgomot și să protesteze (într-un mod civilizat) atunci când am întârziat la ședință, iar ea se temuse că eram bolnav sau că am uitat de ea. Cheia acestei situații este totuși visul. Dar visul a devenit posibil doar ca rezultat al analizei, în care a revenit speranța strigătului și a fost recuperat din perioada de dinainte de a devenit bolnavă, când *pattern*-ul bun s-a schimbat într-un *pattern* defectuos, fie la un anumit moment al prunciei sale, fie după o perioadă de timp.

Clinic, vorbind odată cu aceste treceri spre interferența psihosomatică a apărut un interes accentuat din partea pacientei față de conturul corpului ei și față de textura hainelor. Ar putea fi o dovadă directă a succesului din această sferă a analizei ca pacienta să devină capabilă să se relaxeze în pat și

ca în viața ei diurnă ea să existe în aici și acum, în loc de a trăi în acea prăpastie dintre trecut și viitor.

În această ședință, pacienta s-a referit la orele anterioare, în care am dat ca interpretare: „Acest ne-strigăt este pe cale să apară, respectiv teama de a nu fi auzită sau de a pierde speranța că strigătul ar produce un efect.” A spus: „Când mi-ați spus asta, am simțit-o ca pe o cruzime. Cum adică să-mi spuneți un lucru atât de îngrozitor?”. Am făcut legătura cu eșecul meu în transfer, în special în momentul în care eu nu am fost acolo atunci când a venit la ședință. Spune acum: „A fost într-adevăr mai degrabă o chestie deșteaptă. Nu contează doar un răspuns fizic la strigăt, știți, ci înțelegerea. Ceea ce ați spus am resimțit îngrozitor. Faptul că *dvs.* știți și *eu* nu; numai în felul acesta este posibil să repara eșecul ultimului meu strigăt.”

Restul travaliului din această ședință s-a referit la nevoia acestei paciente de a aborda subiectul separării în sensul în care aceasta le speria pe amândouă, și pe ea, și pe mama ei. Partea care le lega lipsea din amândouă. Această formă de separare fusese pe deplin explorată de pacientă, după care va urma (după cum am văzut deja) o întoarcere la exploatarea separării în sensul furiei și bătăii și a altor forme de agresivitate. Acesta este momentul în care pacienta știe că a devenit o persoană întreagă și că mama ei a devenit o persoană întreagă, și că ambele s-au putut separa fără a se mai teme și fără rănirea pe care pacienta a luat-o ca atare întreaga ei viață, și care a jucat un rol în fantezmele ei de a fi un om de mâna a doua doar fiindcă era femeie.

După această ședință, a fost capabilă să vadă posibilitatea de a se desprinde de analistul ei, fiecare dintre ei rămânând întreg și fiecare conținând ceva din celălalt, și fiecare fiind capabil să se identifice cu celălalt. Dar acestea sunt aspecte complicate și par a urma un drum lung tocmai în acest moment din terapia pacientei - și începând din prezentul în care separarea înseamnă cicatrici și prăpăstii.

Psihologia nebuniei: o contribuție a psihanalizei

Lucrare pregătită pentru Societatea Britanică de Psihanaliză, octombrie 1965

Practica de treizeci și cinci de ani a psihanalizei nu poate să nu lase urme. În ce mă privește, au avut loc schimbări în concepțiile mele, și am încercat să le formulez așa cum s-au consolidat în mintea mea. Adesea ceea ce descoperisem fusese deja descoperit și chiar mai bine formulat, chiar de Freud însuși sau de alți psihanalisti, sau de poeți și de filosofi. Dar asta nu m-a împiedicat să continui să scriu (și să citesc atunci când era un public prezent) lucrările mele cele mai recente.

În prezent, mă preocupă ideea că teoria psihanalitică poate oferi ceva cu privire la teoria nebuniei, anume că nebunia este întâlnită în clinică chiar și sub forma unei spaime de nebunie, sau ca un alt fel de manifestare nesănătoasă. Aș dori să încerc să formulez acest lucru, chiar dacă voi descoperi că ceea ce spun este (din punct de vedere psihanalitic) o evidență.

Dispunem de singura formulare realmente utilă care există pentru a descrie maniera în care ființa umană se dezvoltă psihic, de la o ființă imatură absolut dependentă, la un adult matur relativ independent. Teoria este extrem de complexă și dificil de a fi expusă succint, și știm că există multe breșe în înțelegerea noastră. Cu toate acestea, teoria există și, în acest fel, psihanaliza și-a adus contribuția, care este general acceptată, dar de obicei nerecunoscută.

Adesea s-a afirmat cu privire la teoria psihanalitică faptul că, în dezvoltarea copilului normal, există o perioadă de psihonevroză. O afirmație mai corectă ar fi aceea că în punctul culminant al fazei complexului Oedip, înainte de apariția perioadei de latență, ne putem aștepta la tot felul de simptome în formă pasageră. De fapt, normalitatea la această vârstă se poate descrie în termenii acestei simptomatologii; anormalitatea este legată deci de absența simptomelor, într-un fel sau altul, sau de canalizarea simptomelor într-o direcție unică. Rigiditatea apărărilor este cea care constituie anormalitatea în această fază, și nu apărările în sine. Apărările nu sunt anormale prin ele însele și fiecare individ le organizează atunci când iese din dependență pentru a se îndrepta spre o existență

independentă fondată pe un sentiment de identitate. Este ceea ce apare în prim plan, în adolescență, sub o formă nouă și bogată în semnificație.

În cursul acestei faze, contribuția culturală așa cum se manifestă în mediul nemijlocit al copilului sau în structura familială modifică simptomatologia fără a produce, bineînțeles, pulsuniile și angoasele adiacente. Ceea ce numim simptome în acest context nu trebuie să fie denumite simptome în descrierea unui copil, din cauză că termenul simptom trimite la patologie. Pornind de la această temă, se pot menționa două anexe. Una, deosebit de interesantă, este expusă de Erik Erikson; el arată cum comunitățile pot modela ceea ce numim aici simptomatologie în direcțiile care, finalmente, vor fi prețioase pentru o comunitate dată²⁷. A doua anexă se referă la efectul unei prăbușiri a mediului nemijlocit al copilului la acest stadiu, în așa fel încât copilul nu poate dezvolta simptomatologia variată care-i este potrivită, ci trebuie să se conformeze unui anumit aspect al mediului sau să-și asume o identificare cu acest aspect, pierzând prin aceasta calitatea personală a experienței.

Tema simptomatologiei pervers-polimorfe a copilăriei, descrisă de Paula Heimann²⁸, se referă la acest vast domeniu al manifestărilor ce aparțin perioadei de pre-latență, care s-ar numi simptome dacă ar apărea în clinică, atunci când individul a atins vârsta la care ne-am aștepta să fie adult. Putem înțelege cum a apărut ideea că, în teoria psihanalitică, toți copiii sunt psihonevrotici, dar, după o examinare mai minuțioasă, descoperim că acest lucru nu face parte din teorie. Putem totuși să diagnosticăm la copiii de această vârstă boala pe care o numim psihonevroză deoarece ea nu este psihotică, și ne dăm seama atunci că diagnosticul nostru se bazează nu pe observarea simptomatologiei, ci pe o evaluare prudentă a organizării defensive și îndeosebi a rigidității sale generalizate sau localizate.

Odată cu extinderea teoriei psihanalitice asupra dezvoltării și odată cu toate noile lucrări asupra psihologiei Eului și asupra stadiului de absolută dependență a copilășului de mamă etc., am abordat

²⁷ E.H.Erikson (1950), *Enfance et société*, Neuchatel, Delachaux et Niestle, 1959.

o nouă temă. Am ajuns la diverse teorii care fac legătura între practica psihanalitică și terapia psihozei. Prin „psihoză” înțelegem în acest context boala care își are punctul de origine în stadiile dezvoltării individului anterioare stabilirii unei scheme a personalității individuale. În mod evident, susținerea Eului de către figurile parentale sau de figura parentală este de o maximă importanță în acest stadiu foarte timpuriu, pe care îl putem totuși descrie în termenii de copilășului, doar dacă nu cumva există o distorsiune datorată deficienței mediului sau anormalității.

Psihanaliza ajunge acum la evaluarea etiologiei bolii, ce ține de teritoriul schizofreniei (să notăm că, în acest context, este necesar să facem un salt în urmă și să lăsăm deoparte problemele de etiologie a tendinței antisociale și depresiei; fiecare necesitând o abordare separată).

Există o mare rezistență – cu precădere la psihiatri care nu au o orientare psihanalitică – față de ideea că schizofrenia este o tulburare psihică, respectiv susceptibilă, cel puțin teoretic, de a fi prevenită sau vindecată. În orice caz, psihiatrii au propriile lor probleme. Fiecare psihiatru are sarcina foarte grea a cazurilor grave. El este în orice moment amenințat de posibilitatea unui suicid printre pacienții pe care îi îngrijește și de sarcini complexe asociate cu responsabilitatea pe care și-o asumă în timpul emiterii unui certificat de internare sau de externare, și de prevenirea unor fenomene precum moartea sau tratamentele rele asupra copiilor. În plus, psihiatrul este supus presiunii sociale, deoarece toți cei care au nevoie de a fi protejați de ei înșiși, sau care au nevoie de a fi izolați de societate, trec inevitabili pe la el, cel care, ca ultimă verigă, nu îi poate refuza. El poate refuza un caz, dar asta înseamnă doar că altcineva îi va lua locul. Ne prea ne putem aștepta ca, în psihiatrie, un studiu asupra pacienților psihotici să fie primit favorabil, dacă acest studiu demonstrează că etiologia nu este în întregime de origine ereditară, chiar dacă ereditatea și factorii constituționali sunt adesea importanți.

Dar asta nu ne împiedică, în studiul psihanalitic al psihozei, să ne aplecăm asupra teoriei originii psihologice. În mod surprinzător, reiese că, în psihoze, nu există un singur factor ereditar, ci și un

²⁸ P. Heimann, “A Contribution to the Re-evaluation of the Oedipus Complex – the Early Stages”, in *I.J.P.A.*, nr. 33 (1952); și M. Klein și colab, *New Directions in Psycho-Analysis*, Londra, H. Karnak Books, 1977.

factor al mediului, care joacă un rol în stadiile cele mai timpurii, respectiv atunci când dependența este absolută. Altfel spus, eforturile și tensiunile interne ce aparțin vieții și care sunt inerente faptului de a trăi și de a crește par a se regăsi în mod tipic în normalitatea ce ține de psihonevroză, psihonevroza fiind o dovadă a eșecului. Prin contrast, aprofundând etiologia pacientului psihotic, ajungem la două tipuri de factori externi: ereditatea (care pentru psihiatru este un lucru extern) și o distorsiune a mediului în stadiul de dependență absolută a individului. Altfel spus, psihoza are legătură cu distorsiunile din stadiul de edificare a schemei personalității, în timp ce psihonevroza provine din dificultățile întâlnite de indivizi a căror scheme de personalitate se poate considera stabilită, în sensul în care sunt suficient de formate și suficient de sănătoase.

Teoria sau teoriile extrem de complexe ale dezvoltării infantile foarte timpurii îndeamnă publicul atent să pună o întrebare similară cu: „Toți copii sunt nevrotici?”. Noua întrebare este: „Orice copil este nebun?”. Este o întrebare la care nu putem răspunde în câteva cuvinte, dar primul răspuns este nu. Teoria nu implică ideea unui stadiu al nebuniei în dezvoltarea infantilă. Totuși, trebuie lăsată deschisă calea spre formularea unei teorii în care o anumită experiență a nebuniei – indiferent de sensul cuvântului – este universală; adică este imposibil să gândim că un copil care a avut parte de cea mai bună îngrijire când era foarte mic nu poate avea totuși un exces de tensiune în personalitatea sa, exces care, la un moment dat, este integrat. Trebuie totodată să admitem că există, în linii mari, două tipuri de ființe umane: cele care nu poartă povara unei experiențe semnificative de prăbușire mintală în copilăria timpurie și cele asupra cărora apasă această experiență și care trebuie astfel să fugă de ea, să cocheteze cu ea, să se teamă de ea și, într-o anumită măsură, să fie mereu preocupați de amenințarea pe care ea o reprezintă. Este întemeiat să afirmăm că există ceva nedrept aici.

Este important să subliniem că studiul psihanalitic al nebuniei – oricare ar fi sensul acestui cuvânt – se face începând cu analiza a ceea ce numim cazurile *borderline* sau cazurile-limită. Este puțin probabil că vom avansa în înțelegerea psihozei pornind de la un studiu direct al pacientului nebun, care suferă de o prăbușire psihică gravă. În prezent, munca analiștilor este deschisă deci afirmației

critice că, ceea ce este adevărat pentru cazurile *borderline*, nu este adevărat pentru cazurile care suferă de o prăbușire psihică sau a celor care suferă de nebunie organizată. Fără nici o îndoială că se vor găsi diferențe semnificative între nebunia care este uneori accesibilă examinării și chiar tratamentului în cazurile limită și nebunia din cazul celui care suferă de o prăbușire psihică totală. Cu toate acestea, pentru moment, trebuie să facem traviul pe care îl putem face și care poate constitui foarte firesc o nouă aplicare a tehnicii psihanalitice la tulburările profunde de personalitate ale pacienților noștri.

Pare puțin probabil ca un lucru precum nebunia să aparțină în întregime prezentului. Dar traviul asupra paraliziei generale a omului bolnav a întărit considerabil această manieră de a lua în considerare nebunia. Această boală se datorează unei afecțiuni fizice a creierului, dar totuși este posibil să percepem în psihologia pacientului o boală ce aparține în mod specific acestui pacient, personalității și caracterului său, și ale cărei detalii se află în relație cu istoria infantilă a pacientului. La fel, o tumoră cerebrală poate produce o boală mintală care va semăna unei boli psihice care era latentă în individ, dar care nu s-ar fi manifestat fără această afecțiune fizică.

Caz: Un băiat aflat în îngrijirea mea a fost dus la spital din cauză că începuse să fie terorizat la școală. Această tendință s-a dezvoltat foarte progresiv și constant, și tocmai această dezvoltare constantă a atras atenția asupra faptului că ar fi putut exista o cauză fizică a bolii sale. La câteva luni de la acest debut destul de vag, a devenit o persoană care provoca persecuție și pedeapsă. Suferea de un chist al șei turcești și, pe măsură ce dimensiunea lui creștea, provoca o hipertensiune intracraniană cu edem pupilar, el devenea complet paranoid. După ablația chistului, revine treptat la starea în care se aflase înainte de apariția bolii, fără nici o tendință paranoidă. Ablația chistului nu a putut fi completă și, după câțiva ani, boala a reapărut cu un nou puseu al chistului.

În prezent, Ronald Laing și colaboratorii săi ne-au atras atenția asupra unui aspect al schizofreniei – respectiv că schizofrenia poate fi starea normală a unui individ care crește sau care a crescut într-un mediu dominat de persoane cu trăsături schizofrenice. Materialul său clinic este foarte convingător,

dar, pentru moment, el nu ajunge să ia în considerare, urmând logica atitudinii sale, același lucru în termenii relației părinte-copil, în perioada de dependență absolută sau aproape absolută. Dacă și-ar fi extins studiul în această direcție, ar fi găsit că teoria sa este încă și mai adevărată și ar fi fost aproape de a face o importantă afirmație despre etiologia schizofreniei. Între timp, el face observări importante asupra anumitor schizofrenici, iar practica lui se poate aplica în domeniul îngrijirii și tratamentului anumitor bolnavi psihici etichetați ca schizofrenici.

Într-un articol intitulat „Psihoză și îngrijiri materne”²⁹ pe care l-am prezentat în 1952, am fost eu însumi surprins când am afirmat că schizofrenia este o boală a deficienței mediului, adică o boală ce depinde mai mult decât psihonevroza de unele anomalii ale mediului. Este adevărat că există factori ereditari puternici în unele cazuri de schizofrenie, dar nu trebuie să uităm că, din unghiul pur psihologic, factorii ereditari sunt factori de mediu, adică exteriori vieții și experienței psihicului individual. În acest articol, eram foarte aproape de enunțul asupra nebuniei pe care aș dori să-l expun aici.

În abordarea temei mele centrale - dar foarte simple, aș dori să introduc și ideea spaimii de nebunie. Este ceva ce domină viața multora dintre pacienții noștri. Am scris, referitor la acest subiect, că putem lua ca axiomă faptul că spaima de nebunie există tocmai pentru că nebunia a fost deja experimentată³⁰. În opinia mea, această afirmație conține un adevăr important, și totuși nu este cu totul adevărată. Trebuie să îi facem o corecție, iar aceasta mă va aduce în inima comunicării mele.

Pentru a continua această temă în aceiași termeni, trebuie spus că un număr mare de persoane, dintre care multe vin în analiză sau necesită îngrijiri psihiatrice, trăiesc într-o stare de frică ce ajunge până la spaima de nebunie. Aceasta poate căpăta forma unei spaimi de incontinență sau de a urla în public, sau pot avea loc atacuri de panică sau frica de panică, ce este și mai rea; și poate exista și un

²⁹ În *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-analysis* (Londra, Tavistock, 1958; New York: Basic Books, 1975; Londra: Hogarth Press, 1975) (În traducere românească, în D.W. Winnicott, *De la pediatrie la psihanaliză*, Ed. Trei 2003, București – n.t.)

sentiment de amenințare cu condamnarea și orice alte feluri de frici foarte grave, fiecare conținând un element ce scapă oricărei rațiuni. Un pacient poate, de exemplu, să fie invadat de spaima de a muri, care nu are nimic de-a face cu frica de moarte, ci este o problemă a fricii de a muri fără să fie cineva prezent în acel moment, adică fără să își facă cineva griji în vreun fel, ceea ce provine direct din relația foarte timpurie părinte-copil. Astfel de pacienți își pot organiza viața în așa fel încât să nu rămână niciodată singuri.

Străduindu-ne să primim ceea ce pacienții aceștia încearcă să ne comunice atunci când le oferim această șansă, cum facem îndeosebi în psihanaliză, ceea ce găsim seamănă cu spaima de nebunia ce ar putea să apară. Este important pentru noi, dacă nu pentru pacient, să știm că spaima nu este de nebunia ce ar putea veni, ci de nebunia care a fost deja resimțită. Este spaima de întoarcerea nebuniei. Ne-am putea aștepta ca o interpretare în acest sens să aducă o ușurare a situației, dar de fapt acest lucru este puțin probabil, sau e doar în măsura în care pacientul obține o ușurare printr-o înțelegere intelectuală a ceea ce probabil apare în continuarea analizei. Rațiunea pentru care pacientul nu obține ușurarea este că amintirea experienței nebuniei este o miză pentru el. De fapt, poate fi necesar mult timp pentru a-și aminti și a re trăi precedentele nebuniei, care sunt ca niște amintiri-ecran. Nevoia pacientului este de a-și aminti de nebunia originală, dar nebunia aparține de fapt unui stadiu foarte timpuriu, de dinaintea organizării în Eu a acestor procese intelectuale care pot extrage experiențele, care au fost catalogate și prezentate pentru ca memoria conștientă să le poată folosi. Altfel spus, nebunia de care trebuie să-și amintească nu a putut fi rememorată decât dacă a fost re trăită. Firește că există mari dificultăți de a încerca să re trăiești nebunia și, pentru un pacient, una dintre ele este de a găsi un analist care va înțelege ce se întâmplă. În starea actuală a cunoștințelor noastre, analistul are cea mai mare dificultate de a avea mereu în minte că, în acest tip de experiență, pacientul are ca scop să ajungă la nebunie, adică să fie nebun în cadrul analitic, ceea ce îl plasează cât mai aproape posibil de reamintire. Pentru a organiza cadrul necesar, se întâmplă ca

³⁰ Cf. "Classification: Is there a Psycho-Analytic Contribution to Psychiatric Classification?" (1959-1964) in *The Maturation Process and the Facilitating Environment* (Londra: Hogarth Press; New York: International Universities

pacientul să aibă uneori nevoie să fie nebun într-un mod superficial, anume el trebuie să organizeze ceea ce dr Margaret Little numește un transfer delirant³¹, iar analistul trebuie să admită transferul delirant, să-l accepte și să înțeleagă ce se întâmplă.

De exemplu, o fată aduce în analiză ideea că i se dau prea multe teme pentru acasă și că este foarte solicitată la școală. Ea aduce acest material ca o urgență și ajunge prin aceste mijloace la o extremă agonie, cu o cefalee gravă și cu ore întregi de plânsete. A fost capabilă să îmi spună că, de fapt, profesorul nu o solicită prea mult și că nu i se dă totuși prea mult de lucru acasă. Nu mi-a fost posibil, făcând interpretări, să abordez ideea unui profesor sever care își încarcă prea mult eleva. Pe linia acestor reprezentări ale profesorului și ale temelor de-acasă, pacienta îmi spune că o suprasolicit și că orice cuvânt din partea mea, chiar dacă este o interpretare corectă, este o persecuție. Exercițiul are ca scop de a-i permite acestei paciente, fără a fi foarte nebună în sensul secundar, să ajungă să resimtă nebunia originală sau cel puțin să ajungă la o angoasă paroxistică apropiată nebuniei originare.

Într-un caz de acest gen, orice încercare din partea analistului de a fi sănătos sau logic distruge singura cale pe care și-o poate forma pacienta de a se întoarce la nebunia de care trebuie să se vindece retrăind-o, fiindcă nu o poate vindeca prin reamintire. Analistul trebuie deci să fie capabil să suporte ședințe întregi sau chiar perioade de analiză în care logica nu este deloc potrivită pentru a descrie transferul. Pacientul este astfel supus la o compulsie ce-l obligă să ajungă la nebunie. Această compulsie se separă de o *nevoie fundamentală care îl împinge pe pacient să devină normal*; și este puțin mai puternică decât necesitatea de a se îndepărta de nebunie. Din acest motiv, nu există o soluție naturală, doar tratamentul. Individul este prins pentru totdeauna într-un conflict, în echilibrul dintre spaima de nebunie și nevoia de a fi nebun. În unele cazuri, apare o ușurare atunci când atinge etapa tragică și când pacientul devine nebun, deoarece, dacă lăsăm teren liber unei vindecări naturale, pacientul „își amintește” într-o anumită măsură de nebunia originală. Totuși, asta

Press, 1965). Vezi și Capitolul 18 din acest volum, “Spaima de prăbușire”.

nu este întotdeauna adevărat, dar poate fi suficient pentru ca, din punct de vedere clinic, prăbușirea să ducă la o ușurare. Vedem bine că, dacă într-un caz de acest tip se răspunde la o prăbușire psihică cu *furia* de a se vindeca, atunci prăbușindu-se, pacientul are un scop pozitiv, iar prăbușirea nu este atât o boală, cât primul pas spre sănătate.

Ajunși în acest punct al expunerii noastre, trebuie să reamintim ipoteza fundamentală care este parte integrantă a teoriei psihanalitice conform căreia apărările sunt organizate în jurul angoasei. Ceea ce vedem în clinică atunci când întâlnim persoane bolnave este organizarea apărărilor, și știm că nu îl putem vindeca pe pacientul nostru prin analiza apărărilor, chiar dacă angajăm ferm în acest sens o bună parte a travaliului nostru. Vindecarea nu se produce decât dacă pacientul poate atinge angoasa în jurul căreia au fost organizate apărările. Se poate ca vindecarea să aibă numeroase versiuni succesive, pe care pacientul le întâlnește una după cealaltă, dar ea să nu survină decât dacă el atinge starea originară de prăbușire.

Ar trebui acum să încerc să spun ceea ce este greșit în enunțul axiomei conform căreia spaima de nebunie este spaima de o nebunie care a fost deja trăită. În primul rând, este necesar să fim cu totul clari asupra unui aspect: de obicei, cuvintele „spaimă de nebunie” s-ar referi în gând la spaima pe care orice persoană ar putea să o aibă, sau ar trebui să o aibă, gândindu-se la boală. Este vorba nu doar de oroarea bolii în sine și de toată suferința mintală pe care ea o subîntinde, ci și de efectul social asupra individului și chiar asupra familiei, produs de prăbușirea psihică, de care societatea se teme și, prin consecință, o detestă. Acesta este sensul evident al cuvintelor folosite aici; trebuie deci să subliniem că în acest studiu cuvintele sunt folosite într-un sens diferit. Aceste cuvinte servesc la a descrie ceea ce noi suntem pe cale să descoperim despre motivația inconștientă la pacienții care au fost mult timp în analiză sau care, printr-un mijloc sau altul – poate în timp și o dată cu procesul de dezvoltare –, au devenit capabili să tolereze angoasele de negândit în cadrul lor de origine și să le facă față.

³¹ M. I. Little, “On Delusional Transference (Transference Psychosis), *IJPA* nr. 32. Și în *Transference neurosis and Transference psychosis*, New York, Londra, Jason Aronson, 1981.

În al doilea rând, există ceva ce nu ține în acest enunț, în însuși cadrul specializat al acestui capitol. Nu este tocmai adevărat să afirmăm că pacientul încearcă să își amintească nebunia pe care a avut-o și în jurul căreia au fost organizate apărările. Motivul este că, inițial, în locul în care au fost organizate apărările, nebunia nu a fost trăită deoarece, prin însăși natura a ceea ce este în cauză, individul nu era capabil să o trăiască. Apare o stare de lucruri ce îl determină la o prăbușire a apărărilor, apărări adecvate vârstei de atunci a individului, în cadrul în care se afla. Trebuie să luăm în considerare aici sprijinul Eului, ce provine de la o figură parentală și care ar putea fi fiabil sau nu. În cazul cel mai simplu posibil, a existat deci un moment foarte scurt în care amenințarea nebuniei a fost trăită, dar, la acest nivel, angoasa era de negândit. Intensitatea ei depășea orice descriere, și noile apărări s-au organizat imediat, astfel încât nebunia să nu fie resimțită. Și totuși, pe de altă parte, nebunia era un fapt potențial. Încercând să găsesc o analogie, mi-a venit ideea unui bulb plantat într-un ghiveci. M-am gândit: în bulbul acesta este închis un parfum minunat; știu, desigur, că nu există un loc anume în bulb unde să fie închis parfumul. Disecția bulbului nu i-ar da celui care disecă experiența mirosului iasomiei, presupunând că ar atinge locul respectiv. Totuși, există în bulb un potențial care va deveni eventual parfumul caracteristic pe măsură ce floarea se va deschide. Este doar o analogie, dar ea ar putea oferi imaginea a ceea ce încerc să fac înțeles. Iată o parte importantă a tezei mele: dacă nebunia originară, sau prăbușirea apărărilor, ar fi fost resimțită, ar fi fost nespus de dureroasă. Pentru a ne apropia cât mai mult posibil, putem dezvălui ceea ce există în angoasa psihotică, de exemplu:

- a. dezintegrare
- b. sentiment /senzație de ireal
- c. lipsa relaționării
- d. depersonalizare sau lipsa coeziunii psihosomatice
- e. clivajul funcționării intelectuale
- f. căderea fără sfârșit

g. terapie prin electroșocuri cu panică, aceasta fiind un sentiment generalizat ce poate conține fiecare dintre cele precedente.

Și totuși, putem să ne dăm seama dacă suntem atenți, că, atunci când regăsim în clinică un astfel de caz, există în mod sigur o anumită organizare a Eului capabilă de a suferi, respectiv capabilă să continue să sufere până la a fi conștientă de asta. Dacă nucleul nebuniei trebuie să fie considerat ca fiind atât de grav, este pentru că individul nu poate să îi facă experiența deoarece, prin definiție, organizarea Eului său este insuficientă pentru a o conține și, prin urmare, pentru a o trăi.

Ar fi comod să folosim un simbol, X de exemplu, și să spunem că bebelușul sau copilașul are o organizare a Eului adecvată stadiului de dezvoltare și că se produce ceva, de exemplu o reacție la o influență (un factor extern ce face efracție datorat unei deficiențe în funcționarea mediului) și că atunci are loc o stare numită X. Această stare poate merge până la o reorganizare a apărărilor. Aceasta se poate produce o dată sau de mai multe ori, după o anumită schemă. Pornind de la organizarea apărărilor, avem un tablou clinic și un diagnostic. Într-o anumită măsură, organizarea apărărilor depinde, la rândul ei, prin caracteristicile sale, de contribuția mediului. Ceea ce este absolut personal, individual, este acest X.

Ajung acum la încercarea de a restabili axioma inițială. Individul care abordează aceste aspecte în cursul unei terapii tinde în mod repetat spre X, dar firește că individul nu se poate apropia de X decât atât cât îi permite noua forță a Eului, la care se adaugă susținerea în transfer. Continuarea analizei presupune că pacientul merge constant spre noile experiențe în direcția lui X, așa cum am descris, și nu își va putea rememora aceste experiențe ca amintiri. Trebuie să le trăiască în transfer și, clinic, ele se manifestă ca nebunii localizate. Analistul este constant derutat descoperind că pacientul este capabil să fie din ce în ce mai nebun timp de câteva minute sau timp de o oră în cadrul terapiei și uneori nebunia se întinde în afara limitelor ședinței. Este nevoie de o experiență și de un curaj extraordinar pentru a ști unde te afli în aceste circumstanțe și pentru a evalua prețul pe care acest lucru îl reprezintă pentru pacient, atunci când se apropie din ce în ce mai mult de X, acel X care aparține acelui pacient. Totodată, dacă analistul nu este în măsură să îl considere sub acest

unghi și, de teamă sau din ignoranță, sau pentru că este un disconfort să aibă un pacient atât de bolnav, el are tendința să piardă aceste lucruri care se petrec în terapie și nu îl poate vindeca pe pacient. El se află constant în situația de a corecta transferul delirant sau de a-l aduce într-un fel sau altul pe pacient spre sănătate, în loc să lase nebunia să devină o experiență maniabilă, din care pacientul își poate reveni spontan. Privită din acest unghi, psihiatria, care se bazează pe întâmpinarea nevoilor sociale și pe tratamentul unui număr mare de pacienți, se află în prezent într-o fază de luptă cu un fals dușman. Este ceea ce apare în activitatea lui Ronald Laing și a colaboratorilor săi. Nu are importanță faptul că nu suntem mereu de acord cu teoria lor sau cu modul în care își prezintă teoria. În orice caz, teza mea din acest articol mă obligă să receptez favorabil multe dintre afirmațiile acestor specialiști din domeniu.

Din păcate, teoria pe care o avansează aici, chiar dacă este corectă, nu conduce desigur la un progres imediat cu efect asupra psihoterapiei. Cei care întâlnesc aceste probleme în practica lor psihanalitică nu vor găsi în acest detaliu al teoriei posibilitatea de a face pe viitor o muncă mai bună. De fapt, în cel mai bun caz, asta le poate da o mai bună înțelegere și deci îi poate duce în ape mai profunde. Cu toate acestea, există unele cazuri în care pacientul continuă să încerce să obțină ajutor din partea noastră și totuși nu reușim să atingem un punct final satisfăcător; aceste cazuri sunt de diverse tipuri; un tip poate fi, după părerea mea, mai bine înțeles în raport cu teza pe care o avansează și avantajul atunci este că, dacă analistul înțelege ceea ce se întâmplă, va fi capabil să tolereze tensiunile extraordinare inerente acestui tip de travaliu. Din nefericire, există doar o cale de a evita aceste tensiuni, și anume un diagnostic mai bun care ar permite să nu luăm în terapie un astfel de caz care ar conduce neîndoielnic în acele ape profunde. Apoi, dacă găsim o metodă de a evita să luăm în terapie astfel de cazuri, trebuie să fim onești și să admitem deschis că avem nevoie, chiar în teoria noastră, de ajutorul psihiatric, pe care într-un fel îl disprețuim fiindcă nu se fondează pe psihologie, ci pe tratamentele fizice. După părerea mea, dar aceasta este poate greșită, dacă ideea pe care o avansează este în general acceptată favorabil, atunci când va ajunge în literatură, citită de un public gânditor, ar putea urma o anumită ușurare. Este imposibil să faci previziuni, dar mi se pare că

spaima de prăbușire contează foarte mult și, dacă am putea păstra ideea că prăbușirea temută este o prăbușire care deja a produs vătămări, atunci există în cele din urmă posibilitatea ca încercarea pe care o reprezintă spaima de prăbușire să poată fi trecută cu bine.

22

Conceptul de traumă în raport cu dezvoltarea individului în cadrul familiei

O sinteză a două versiuni similare ale unui eseu, scrise în martie și în mai 1965

Vasta arie acoperită de termenul „familie” a fost studiată din multe perspective. Vom încerca aici să facem o conexiune între funcția familiei și ideea de traumă, iar aceasta trebuie să includă un studiu al traumei ca un concept al metapsihologiei. Legătura dintre cele două idei este aceea că familia oferă creșterii copilului o *protecție împotriva traumei*.

Voi aborda mai întâi problema traumei din unghiul clinicii, apoi voi expune pe scurt teoria traumei.

O traumă care a afectat o pacientă

Am fost implicat în analiza și în conducerea cazului unui copil, o fată la vârsta pubertății, care suferea de o deficiență fizică suprapusă peste tulburarea ei afectivă. Am avut șansa ca fata să fie bine supravegheată în îngrijirea pediatrică, în perioada în care tratamentul fizic adițional era necesar. Am putut deci să rămân în contact cu ea în timpul perioadei de spitalizare.

Datorită poziției mele speciale, am aflat de la această fată că un adult pervers pătrundea în arealul pentru copii, în pofida precauțiilor obișnuite luate într-un spital de copii. Mi-era greu să cred asta și, la început, am avut tendința să mă alătur suspiciunii fetei că halucina. Totuși, am făcut imediat un raport despre ceea ce mi-a spus ea și, la sfârșit, a devenit evident că tot ceea ce îmi spusese chiar se întâmplase.

Firește că am vrut ca această fată să se întoarcă acasă, deoarece, cum dintr-o dată devenise evident, familia și casa îl protejează cel mai bine pe copil de traumă. Dar ea nu era în stare să accepte întoarcerea acasă sau transferul la alt spital. De fapt, singura procedură a fost, pentru mine, întâi să îmi revin eu din traumă și apoi să permit spitalului să rezolve situația în felul lui. Faptele fiind stabilite, spitalul a intrat rapid în acțiune și s-a restabilit sentimentul de siguranță.

Materialul produs de fată în acele momente indica faptul că se afla în stadiul prepubertar. De exemplu, un desen semnificativ arăta o fată nesofisticată, îmbrăcată într-o rochie de frunze cusute, pe care un leopard negru o învață să danseze. Brațele fetei erau încordate și ținea în mâna dreaptă două mere pe care tocmai le culesese pentru a le mânca, iar în mâna stângă ținea o pasăre albastră. Contrastul dintre fata inocentă și leopardul potențial sinistru era izbitor, iar această imagine magnifică descria anticiparea sexualității ce se regăsește în această fază presexuală. Tocmai în acest stadiu de dezvoltare a fetei a apărut bărbatul pervers, punându-i de altfel în pericol pe toți copiii din spital. Putem spune că doar fetița a perceput pericolul; toți ceilalți au tratat lucrurile printr-o emoție generală sau prin frica de fantome sau așteptându-se ca orice zgomot să fie produs de un bărbat care pătrunde pe fereastră. Pacienta mea se afla într-o poziție specială, deoarece îmi putea relata orice detaliu - și trebuie remarcat că ea nu le putea povesti părinților (în care avea în mod cert încredere) ceea ce se întâmpla. La început ea nu le spusese nimic nici infirmierelor, iar când a reușit să o facă, chestiunea nu a fost luată în serios și nu a fost raportată supraveghetorei. Chiar și părintele unuia dintre copii a ignorat asta.

Este într-adevăr greu să-și imaginezi un pervers, noaptea, într-un spital de copii. Negarea este reacția naturală sau, alternativ, o reacție hiperactivă. Părinții își lasă copiii la spital doar printr-un proces de idealizare a spitalului și a personalului medical, iar în îndelungata mea experiență în spitalele de copii doctorii, infirmierele și personalul auxiliar nu numai că se comportă corespunzător, dar chiar încearcă să reproducă condițiile dintr-o familie, condiții ce sunt prevăzute pentru a proteja copilul de trauma severă. Ei, da! Această protecție de trauma severă nu prevede și protecția de traumele mai subtile, ce pot fi mai rele pentru copii și bebeluși decât aceste traume

severe care îi șochează pe adulți atunci când se produc. Trauma severă de tipul celei care s-a produs în acest serviciu este prevenită în familie prin tabuul împotriva incestului, care este în general respectat.

Pacienta mea a făcut comentariul „Nu-i drept.”. Nu puteam fi decât să fiu de acord, și i-am spus-o. Nu a putut pune în cuvinte întreaga natură a traumei, respectiv faptul că dulcea inocență ce aparținea fazei dezvoltării ei afective și pe care o descria cel mai bine prin balet, a fost pătată de prematura apariție a sexualității unui bărbat, a unei a doua persoane obiectiv percepute. Imaginea subiectivă a leopardului s-a transformat deodată în ceea ce fata numea „un bărbat obscen”. A adăugat că el ar fi putut fi o persoană umană, poate singuratică, dar că era cu siguranță obscen în contextul traumei și al experimentării ei.

Am adăugat că această traumă nu a pătat „inocența” fetei, în mare datorită faptului că a fost în contact intim cu mine, o persoană implicată profesional, una în care știa că poate avea încredere atât în lucrurile grave, cât și în cele subtile. Nu pot garanta, totuși, că ceilalți copii nu au fost afectați. Și, desigur, faptul că are propria familie și că are încredere în toți membrii familiei a fost un factor constant, care a făcut-o să creadă în mine și a făcut să-i pot fi de folos.

Dacă pacienta mea nu a fost afectată defavorabil, este și datorită faptului că în analiza ei trauma subtilă și *nu trauma severă* a fost cea semnificativă și cea pe care a putut să o aibă în vedere. Pentru a ilustra aceasta, iată ca exemplu o ședință tipică ce a conținut o mișcare progresivă:

„Pacienta era întinsă pe divan ca de obicei și vorbea, încet, despre una sau alta. Trebuia să fiu foarte aproape (ca de obicei cu ea) pentru a putea să aud. În aceste momente, ea este foarte sensibilă la orice schimbare din cameră, iar eu evit să o supăr cu schimbări bruște. Pacienta are nevoie să mă aibă sub controlul ei în multe feluri, iar eu trebuie să fiu foarte atent. Îi urmez nevoile modificând temperatura sau focul exact așa cum dorește ea, sau deschizând / închizând fereastra, ori chiar oferindu-i batiste din hârtie sau alte obiecte pe care știe că le are la dispoziție. Condițiile fiind aproape perfecte, a început să vrea ca eu să vorbesc, dar nu exista nici un material pe care să îl pot folosi și știu (din experiența trecută) că dacă voi vorbi o voi supăra. Spun ceva, nu prea contează ce:

«Aveți nevoie să fiu sub controlul dvs., ca parte a dvs...»; înainte de a continua, s-a supărat cumplit. Se răsucesce și se retrage, este de neconsolat. Plânge și este evident că *este profund rănită*. Intră acum în joc factorul timp, în așa fel încât nu pot încheia până când nu știu că faza a trecut; trebuie să las ca faza să ajungă la o concluzie naturală.

Am fost ajutat în înțelegerea teoretică de ceea ce dr Margaret Little numește transfer delirant³². Nu am nevoie să introduc aspecte flagrante cum ar fi chestiunea celui pervers și pătrunderea lui în spitalul de copii. Tot ce am de făcut este să accept rolul care îmi este atribuit. În așa fel încât, în limitele transferului pozitiv puternic, fetița să fie rănită, să atingă starea de neajutorare și plânsul pe care singură nu le poate atinge. Faza este depășită și pacienta devine capabilă să spună: «Păreați furios pe mine atunci când ați spus...»

În aceste momente, ea a ieșit dintr-un episod paranoid, urmând schema de mai jos:

1. M-am adevat ideii sale despre persoana care se află sub controlul ei omnipotent, aproape ca o parte din ea.
2. „M-am mișcat” foarte ușor și am fost imediat în afara controlului ei.
3. Următoarea parte a fost inconștientă; ea m-a urât.
4. A știut că am fost un persecutor.
5. A văzut că acesta era un delir.
6. A devenit acum capabilă, într-o foarte mică măsură, să atingă (3) ura față de mine (cel în care credea) din cauza ieșirii mele din aria omnipotenței sale.

În această experiență, pacienta s-a simțit reală din cauza suferinței și a plânsului. Ea *se simte mereu îngrozitor*, dar pentru un sfert de oră s-a simțit îngrozitor *din cauza unui motiv*.

Venise momentul ca această ședință (prelungită cu zece minute cu ocazia asta) să se încheie, iar pacienta se pregătea să plece. Acest tip de ședință implicând o mare suferință îi adusese o anume satisfacție, în vreme ce alte ședințe îi păruseră ireale, în special dacă își permisesese că se bucure de o

³² Margaret Little, *op.cit*

anumită activitate și să mă facă să mă bucur și eu și să am astfel falsa impresie că totul merge bine. Dar nu totul merge bine.

Și, după ce a plecat, am realizat că ea știa de la început că toate astea urmau să se întâmple. Fiindcă atunci când a început ședința, a spus „Aș fi vrut ca astăzi să fi fost rândul mamei să vină să mă ia.” Cunoșteam bine acest semn și eram deci pregătit pentru ce urma să se întâmple, deși nu puteam spune ce formă ar putea lua azi deziluzia. Sarcina mea a fost mai întâi să cooperez cu procesul identificării ei cu mine și apoi să împart povara responsabilității cu scopul de a pune capăt idealizării prin ura ei, ură care i-ar fi venit ca o idee delirantă că eu aș fi fost furios pe ea. *În acest fel, a apărut în ea un strop de ambivalență.*

Vom observa că acest travaliu depășește cu mult tulburarea apărută odată cu vizitele bărbatului pervers, cu excepția faptului că acest „Nu e drept.” oferă o legătură. Nu este drept ca obiectul idealizat (aproape subiectiv) să-și arate independența, propria separare, propria eliberare de sub controlul ei omnipotent.

Dacă această analiză va reuși, va fi datorită unei lungi serii de traume minime *care sunt puse în scenă de pacientă* și care cuprind fazele transferului delirant.

Experiența unei traume la o pacientă adultă

Pentru un analist nu este dificil să găsească exemple de asemenea evenimente în practica sa clinică curentă. Avem aici un alt exemplu, petrecut în aceeași săptămână.

Pacientă adultă are o apărare foarte bine organizată împotriva speranței. Nici în analiza anterioară, nici în analiza cu mine, nu a devenit ceva conștient. Indiferent ce se întâmplă, este prevăzut de pacientă. În tot tabloul apare o disperare care nu se schimbă niciodată, astfel încât această persoană cu potențială valoare acceptă să eșueze pe orice plan și trăiește într-o dispoziție ușor depresivă. Ea știe „că analiza nu poate reuși”.

Această stare de lucruri a început atunci când copilăria ei extraordinar de fericită s-a terminat brusc din cauză că tatăl ei a murit, iar mama a devenit imediat melancolică. Melancolia mamei a fost în

mod evident prezentă în atitudinea ei vie, imaginativă și fericită față de unicul ei copil, toate acestea durând până în momentul morții soțului său. Melancolia a durat până la moartea ei. În ședința pe care am ales să o relatez, s-a întâmplat ceva nou: pacienta crede că principala mea *interpretare trebuie că e corectă*, și totuși ea nu prevăzuse asta; interpretarea a fost deci „traumatică”, în sensul în care a pătruns dincolo de apărări. Această traumă benignă a reflectat noul sentiment al pacientei despre trauma malignă.

În acea perioadă, o vedeam pe pacientă o dată pe săptămână. În săptămâna precedentă acestei ședințe, pacienta ar fi trebuit să vină la ora schimbată. Ea a venit însă la ora obișnuită și a plecat atunci când i s-a spus la ușă că a greșit. O săptămână mai târziu, deci, a început să îmi vorbească despre asta, despre felul în care văzuse pe chipul persoanei care îi deschisese ușa o expresie de critică, ca și cum i-ar fi spus: „Ai fost obraznică.”

Ea continuat spunând cât de mult o plăcea pe această persoană care îi dădea drumul aproape întotdeauna la mine în casă. Urmă apoi materialul depresiv obișnuit. Fusesse mulțumită să plece și să nu aibă ședință. Mi-a relatat și alte lucruri. Cel mai rău era următorul: prietenul ei reacționase teribil la ceva ce îi spusese ea. Era ceva legat de un copil adoptat, care era fericit, dar căruia nu i se spusese niciodată că fusese adoptat. Pacienta mea spusese: „Ei, bine, speram că vor ajunge să-i spună curând copilului”, iar prietenul ei s-a înfuriat, adoptând modul psihiatric de a privi viața celor aflați în analiză. Dispoziția proastă a prietenului a durat mult timp și a fost intolerabilă. Asta a fost devastator pentru ea, dar persista mereu în aceeași dispoziție tristă, care reducea totul la același lucru: ceva potențial bun, chiar minunat, dar care era desigur distrus.

În materialul pacientei apar și alte exemple de acest fel. Un exemplu are legătură cu o nouă versiune a incidentului care se încheiase cu tentativa ei de suicid. Ea întrebase cu bună credință dacă i s-ar putea oferi în mod excepțional un serviciu particular suplimentar (la universitate) pentru a remedia faptul că eșuase la un examen împovărată fiind de melancolia mamei și, pe neașteptate, a fost acuzată că cere privilegii. Aceasta a dus la o nouă versiune a momentului traumei originale, când s-a dus la mama sa, după moartea tatălui, așteptându-se să o găsească pe mama ei mereu gata să o facă

fericită iar în locul ei a găsit o nouă persoană, una iritabilă, irațională și care nu mai avea nici o relație specială cu pacienta mea (pe atunci în vârstă de șase ani).

Vom observa că (după cum m-am așteptat în această analiză) acest nou material nu a fost cu totul nou; pacienta a știut întotdeauna toate astea, dar în ziua aceea a simțit că mi-a oferit o imagine mai clară a ceea ce își amintise întotdeauna cu claritate.

Acum vine interpretarea mea. Și anume, nimic mai mult decât o legătură a acestor exemple de traumă cu episodul din fața ușii, când persoana care, în loc să o lase să intre, i-a spus că a făcut o greșeală. În acest moment, pacienta mea a experimentat prima ei „traumă” analitică, sau prima „traumă benignă”, dacă îmi este permis termenul. A fost stupefiată. Nu făcuse legătura asta singură. Putea să vadă că legătura este validă, dar nu o putea „prelua” imediat.

A văzut acum ceea ce nu văzuse înainte, ca să spunem așa, a recunoscut delirul care s-a aflat în centrul episodului cu ușa. De fapt, persoana de la ușă fusese drăguță. Reacția a fost ca în fața unui persecutor. (Această persoană mă reprezenta pe mine în transfer și, de fapt, pacienta spusese asta și despre mine, când ajunsese la acest subiect în ședința următoare, că atunci când mă arătam înțelegător și desigur fără urmă de furie, ea se enerva pe mine că eram atât de gentil.)

Era posibil acum să vedem *pattern*-ul, același *pattern* pe care l-am descris mai sus în prezentarea ședinței cu fetița. Pacienta adultă venise cu toate apărările la pământ, „știind” că va putea intra. Persoana de la ușă ar fi în aria omnipotenței ei, parte a „mediului general previzibil”. Dar ea n-a fost așa. A urmat ura față de persoană. Conștient a fost doar delirul asupra criticismului persoanei, din care pacienta a scăpat prompt, simțindu-se norocoasă că a putut să o facă.

Acum, pacienta a experimentat în „transferul delirant” persecuția, care este un pas necesar spre experiența urii față de obiectul bun, acesta fiind materialul deziluziei. Probabil că a fost pentru prima dată, în zece ani de analiză, când pacienta a ajuns la o modificare a apărărilor sale, apărări

organizate inițial în fața schimbării bruște și neprevăzute a mamei sale ce a urmat morții³³ neprevăzute a tatălui său.

Un exemplu similar

Aș adăuga aici un al treilea exemplu care mi-a venit la îndemână atunci când scriam aceste rânduri.

Într-un caz pe care îl supervizez, o pacientă în analiză vine de obicei la analistul ei și apăsă pe sonerie. Se află într-o stare specială, cea a unei persoane lipsită de speranță. Evident, soneria nu suna, așa că ea a mai apăsă o dată, până când cineva a venit și a deschis ușa. Când a ajuns la sedință, a spus: „Deci erați aici tot timpul cât eu așteptam în fața ușii.” (Implicația era: mă urăști!). Analistul nu știa ce se întâmplase și, după pacientă (relatarea e inexactă), a spus: „Realizați ce spuneți?”. (Ca impresie, era un reproș.) Pacienta era disperată din cauza asta.

Este posibil, examinând retroactiv materialul acesta, să vedem cum analistul (așa cum vorbește pacienta despre el) nu a știut să interpreteze faptele în sensul transferului delirant. Ar fi putut să nu spună nimic, sau ar fi putut spune: „M-ați urât atunci când soneria nu a sunat și nu venea nimeni să vă deschidă; dar nu vă dați seama de ura asta față de mine, iar ceea ce ați văzut a fost o ură a mea față de dv.”

În acest exemplu, fiind în exteriorul analizei sale, am încercat să-i dau pacientei acest fragment de informație. Rezultatul a fost că și-a amintit de un sentiment foarte intens de ură amară față de analistul ei atunci când, a ieșit din cabinet spre sala de așteptare. Nu ar fi putut vorbi despre asta fiindcă era ceva inconștient, dar, în orice caz, „ar fi fost atât de nebunesc...” (transfer delirant).

Aici se află în lucru același mecanism ca și în celelalte cazuri descrise anterior. În fiecare exemplu există o traumă, cu ura ce apare clinic sub forma unui delir de a fi detestat.

Consultația terapeutică

³³ M. Little, “Delusional Transference”. W. R. Bion, “Attacks on Linking”, *IJPA* 40 (1959); de asemenea, Bion, *Second Thoughts* (Londra: Heinemann Medical Books Ltd., 1967). Winnicott se referă la valoarea conceptului lui M. Little din

Un alt tip de experiență clinică ce m-a făcut să leg ideea de familie de cea de traumă provine dintr-un studiu în curs și pe care îl numesc *consultația terapeutică*. Încerc să demonstrez că într-un caz obișnuit de psihiatrie a copilului există posibilitatea de a face o psihoterapie eficientă și profundă, folosind pe deplin un interviu sau un număr limitat de interviuri. Dacă teza mea este corectă, atunci devine urgent necesar să fim capabili să punem un diagnostic, pentru a asigura un tratament adecvat. În acest tip de cazuri, copilul poate fi, clinic, grav tulburat.

Un numitor comun în aceste cazuri este existența unei familii sau cel puțin a unei situații familiale ce funcționează. De fapt, dacă un părinte suferă de o boală psihiatrică, sau dacă familia este destrămată sau nu ne putem baza pe ea, atunci este puțin probabil ca acest gen de terapie să poată funcționa.

Cu alte cuvinte, în acest gen de cazuri, principala muncă este făcută de familie și în familie, iar terapeutul acționează prin a schimba ceva în copil, ceva ce este calitativ adecvat și cantitativ suficient pentru a-i permite familiei să funcționeze din nou, în raport cu acest copil. Odată formulată, această idee a fost ușor acceptată. Aceste cazuri sunt importante prin faptul că prezintă o legătură strânsă cu terapia permanentă a unui copil din orice familie, odată ce ea funcționează, independent de orice ajutor profesional psihiatric sau specializat.

Scurtă descriere a unui caz de psihiatrie a copilului

Phyllis mi-a fost adusă pe când avea 16 ani, din cauza unor tulburări de personalitate care încă nu se organizaseră într-un *pattern* de boală. În timpul unui interviu psihoterapeutic semnificativ, Phyllis a spus: „Am mereu sentimentul că stau în picioare sau așezată pe turla unei biserici. Când privesc în jur, nu găsesc nicăieri sprijin și doar mă mențin în echilibru.”

Evident, această angoasă poate fi legată de spaima de nesiguranță care a dominat experiențele din copilăria lui Phyllis; se poate referi și la un eșec de *holding* din partea mamei, în perioada când Phyllis era imatură, în sensul că era dependentă.

Or, se întâmplă să am câteva notițe despre acest caz, luate când Phyllis mi-a fost adusă copil mic fiind, la 21 de luni, când mama sa era însărcinată în șase luni. La această vârstă, dezvoltarea ei până atunci fără probleme, s-a întrerupt brusc, iar Phyllis nu și-a mai revenit de fapt niciodată. La 21 de luni a reacționat când i s-a spus că trebuia să meargă să stea cu bunica ei (cu care era în bune relații), în perioada când se năștea bebelușul. Putem presupune că la această vârstă ea era conștientă fizic de modificările ce se produceau în corpul mamei sale. La două zile după această veste, a reacționat refuzând să mănânce timp de o săptămână și a plâns fără încetare. După asta, s-a fixat într-o nervozitate și iritabilitate și a devenit un copil greu de stăpânit. În acest fel a debutat boala ei. S-ar părea că mai mulți factori au contribuit aici:

1. Copil mic fiind, Phyllis nu a putut face față sarcinii mamei sale și la tot ce implica asta. Este foarte greu să dai o astfel de informație unui copil de 21 de luni; sau copilul nu primește nici un mesaj, sau mesajul primit este de schimbare totală în atitudinea parentală, sau de deziluzie bruscă.
2. Poate că părinții nu au putut trata bine această chestiune, chiar dacă au încercat să se comporte cât mai sensibil posibil.
3. Anunțarea acestei schimbări, o schimbare deja așteptată din cauza formei corpului mamei, în termeni de: „Tu vei pleca...” poate să fi fost o metodă greșită, făcând să fie mai dificil (decât ar fi fost normal la vârsta asta) ca fetița să facă față sarcinii mamei printr-o identificare cu mama. În notele mele, văd că am relatat ceva mai târziu că Phyllis a încercat să fie ca mama ei, dezvoltând o compulsie de a-și umfla abdomenul și de a-l ține așa, imitând-o stângaci pe mama sa.

Indiferent care a fost cauza, Phyllis a fost foarte tulburată în perioada când mama sa era însărcinată. Putem presupune că devenise conștientă de amenințarea unei „angoase de negândit”, o angoasă primitivă sau arhaică, pe care bebelușii care sunt bine îngrijiți nu o experimentează realmente înainte

de a fi înarmați pentru a face față eșecului mediului, luându-se singuri în grijă (introiecția maternajului). Asemenea angoasă include:

- cădere fără sfârșit
- dezintegrare
- depersonalizare
- dezorientare.

Știam despre reacția acestui copil la această amenințare de atunci, și era interesant pentru mine să văd versiunea sofisticată a lui Phyllis de 16 ani, versiunea acestei conștientizări a amenințării existenței sale de la vârsta de 21 de luni. Întreaga sa viață avusese sentimentul de a fi *doar în echilibru*. Expresia „pe turla unei biserici” nu adăugase nimic semnificativ; dar cuvintele „în picioare sau așezată” derivă poate din experiența trăită atunci când se afla pe genunchii mamei sale, înainte de a împlini doi ani, dată în jurul căreia s-a născut sora sa.

După acest exemplu, putem vedea că părinții, atunci când își construiesc familia, au o mare influență asupra dezvoltării afective a copiilor lor. Ei fac greșeli, dar ei fac și planuri, și se gândesc cum să le explice copiilor pe înțelesul lor, și există mii de feluri în care *părinții își protejează copiii de traumatizare*. În acest caz, avusese loc o traumatizare localizată, cu efect asupra personalității copilului. Părinții au făcut tot ce au putut pentru a repara ceea ce se întâmplase, dar ei aveau nevoie de ajutor. Acest ajutor a fost acordat într-un interviu psihoterapeutic cu copilul, în care problema personală a copilului a fost adusă la lumină în felul lui. Acesta este modul de a afla istoria copilului de la copil, singura cale în care detaliile unei istorii de caz pot fi realmente folosite în procesul psihoterapeutic. Un tratament complet, presupunând un travaliu asupra nevrozei de transfer (sau asupra psihozei de transfer) poate fi o prelungire a acestei anamneze.

În acest caz, părinții au purtat povara bolii fetei timp de opt ani; și au fost capabili și au dorit să continue să o poarte, chiar dacă ei înșiși aveau dificultăți proprii. Ei înșiși au avut totuși nevoie de un anume ajutor, prin care fata lor a fost capabilă să folosească ceea ce familia îi oferise prin funcționarea ei normală.

Scurtă descriere a unui alt caz de psihiatrie infantilă³⁴

Este vorba aici despre reacția unei fete mai mari la nașterea unui frate. Acest copil de 8 ani a fost capabil să mă pună în contact cu reacția ei care se petrecuse la 3 ani, în momentul când a fost traumatizată de o înlănțuire de circumstanțe. Din anumite motive (pe care nu le putem menționa aici), mama sa se prăbușise fizic în boală și era totodată grav deprimată în perioada nașterii surorii ei. De fapt, timp de câteva săptămâni, la acea vreme, acest copil trăise respingerea din partea bunei sale mame, fiindcă mama devenise temporar confuză, până pe punctul de a-l urî pe nou-născut și pe copila ei. Bebelușul a fost îngrijit în cadrul familiei în timpul acestei perioade, în principal de tată, dar ea a suferit totuși o eclipsare din partea mamei.

Un coșmar (relatat mie într-o consultație terapeutică atunci când avea 8 ani) a reîntors-o la vremea când avea 3 ani. Figura 1 arată cum se îndrepta spre mamă și spre bebeluș, ducând „conserve cu mâncare pentru bebe” și gata să facă față acestei noi situații prin diverse identificări încrucișate, fiind când mama, când bebelușul, ea însăși ajutând la creșterea bebelușului.

(FIG 1) - p 141 original

Detaliul din figura 1 este reprodus la mărimea la care a fost desenat

Respingerea cu care s-a confruntat (din cauza tulburării puerperale a mamei) a răsturnat totul, iar figura 2 o arată pe ea la momentul când a devenit un copil deprivat. Unul dintre simptomele stării ei a fost o compulsie de a fura, iar prima dată a furat conserve de mâncare pentru bebeluș, simțind o poftă nestăpânită.

(FIG 2) – pag 142 original

Detaliul din figura 2 este reprodus la mărimea la care a fost desenat

Primul desen ilustrează coșmarul, iar al doilea ilustrează amintirea ei despre momentul când s-a simțit „deprivată”, respectiv când s-a trezit deodată ruptă de mamă. Bebelușul se micșora fiindcă alimentul pentru bebeluși nu își atingea scopul; iar în spatele copilului deprivat există apă, apă otrăvită, care îi amenință cu micșorarea (inversul creșterii) pe bebeluș și pe mamă (și pe ea însăși). Apa însemna lacrimile amare, care nu au putut curge din ochii ei atunci când era tristă, dar și apa care ține de micțiune, care devenise un simptom temporar manifest.

Prima figură, coșmarul, arată speranță, iar a doua arată disperarea datorată refuzului pentru care fetița fusese complet nepregătită. Din cauza bolii depresive și psihosomatice a mamei, familia a eșuat în a-l proteja pe acest copil de traumă în momentul nașterii bebelușului, astfel că și capacitatea copilei de a se identifica cu mama a eșuat.

În acest caz, familia s-a descurcat cu bebelușul și, în cele din urmă, și cu fetița, exceptând o parte ce necesita ajutor specializat din partea mea. O întrevvedere a fost de ajuns, după care familia a putut să-și îndeplinească funcția de îngrijire a ambilor copii și a celui ce a urmat.

Comentariu general

Familia obișnuită este tot timpul prevenitoare și rezolvă tulburările la un copil sau la altul, adesea fără un ajutor specializat. Ar fi, desigur, o greșeală din partea psihoterapeutului să substituie funcționarea generală a familiei, exceptând cazurile în care această funcționare este sortită eșecului din cauza unor deficiențe intrinseci. Când familia funcționează, scopul terapeutului trebuie să fie acela de a-i permite copilului adus la tratament să folosească ceea ce de fapt familia poate face mai bine și mai economic decât oricine altcineva, în special să asigure toate îngrijirile psihice, pe tot parcursul perioadei până la vindecare.

³⁴ Descriș pe larg în cazul 17, Ruth, în Winnicott, *Consultația terapeutică a copilului*, EFG, 2002.

Scurtă descriere a unui alt caz³⁵

Acest caz ilustrează capacitatea unui copil de a-și prezenta problema personală. Un băiat cu trăsături schizoide începe să eșueze în activitatea școlară, în pofida inteligenței sale. Este bine tolerat la școală, deși devine din ce în ce mai bizar. Mi-a fost recomandat de medicul său generalist din cauza incapacității sale crescute de a se întoarce la școală când era acasă. Atunci când trebuia să se întoarcă la școală, dezvolta mereu un simptom obscur cu febră.

Părinții l-au adus să-l văd și i-am acordat o consultație terapeutică lungă, în cursul căreia mi-a prezentat problema lui fundamentală într-o formă abstractizată, a unui „abstract” pe care l-a desenat (figura 3)

Figura 3 de la pag 144

Am interpretat că acesta era *o afirmare, simultan, a acceptării și a respingerii*. Rezultatul a fost ca o deschidere a ecluzei. Clinic, starea băiatului s-a ameliorat din momentul acestei consultații foarte bogate și gratifiante (din punctul meu de vedere) și s-a maturizat din toate punctele de vedere.

Esențial este că acest gen de travaliu, realizat într-o singură întrevedere, este posibil doar atunci când familia funcționează, iar în acest caz funcționa împreună cu școala. Familia (ajutată de școală) făcea aproape întreaga muncă, și înainte și după interviul psihoterapeutic; dar fusese nevoie exact de această clarificare, pe care părinții nu o puteau oferi, și de fapt băiatul nici nu le dăduse ocazia. Într-un singur aspect eșuase mama în timpul copilăriei lui, și apoi fusese prea târziu să repare eșecul într-un moment potrivit. Ea și soțul ei puteau face - și au făcut – totul bine în toate celelalte privințe. Avem aici un exemplu pozitiv al încrederii unui băiat în familia sași în fiecare dintre părinții săi, această încredere permițându-i să mă poate folosi și să pătrundă profund și imediat în problemele personale specifice structurii personalității sale.

³⁵ Descriș pe larg drept cazul 9, Ashton, în *Consultația terapeutică a copilului*, EFG, București, 2002..

Existase o traumă în copilăria timpurie a acestui băiat, pe care părinții nu au putut-o preveni, dar care aproape că l-a determinat să fie un caz de schizofrenie infantilă. În schimb, el a devenit o persoană schizoidă, o persoană care avea din ce în ce mai multă nevoie să încerce să rezolve o problemă. Aceasta, dar și alte probleme, ar fi rămas nerezolvate și fără nici o speranță în el dacă ar fi devenit un caz de schizofrenie infantilă, sau poate unul dintre acei deficienți mintal bizari care se manifestă uneori ca foarte inteligenți.

De la anormal la normal

Consultația terapeutică este eficientă atunci când există o familie funcțională, dar ajutorul specializat este necesar pentru a-i permite copilului să facă uz de familie, care îi facilitează procesul de maturizare.

Aceasta este în raport, desigur, cu travaliul pe care îl realizează familia funcțională pentru membrii ei care, din când în când, au nevoie și obțin o atenție individuală.

Aceasta are legătură și cu acea parte din funcționarea familiei care este în relație cu principiul realității și cu procesul de deziluzionare, așa cum sunt, de exemplu, adaptările personale la momentul nașterii fraților și a surorilor etc. Pe culmea acestora se află complexul Oedip, adaptarea individuală la existența triunghiului în relațiile interpersonale.

În ceea ce privește stadiile primitive de integrare ale individului și procesele de maturizare, mama (cu precădere) joacă rolul său: ea este cea care îl deziluzionează pe copil; iar baza travaliului ei, în acest sens, este stadiul inițial în care (prin adaptare specializată) îi oferă fiecărui copil iluzia experienței de omnipotență. Succesul funcției de deziluzionare exercitate de mamă și de familie este măsurat prin capacitatea copilului de a trăi *ambivalența*, dar baza ambivalenței este *experiența de omnipotență* relativă la un obiect. Reflectarea ambivalenței de către mediu implică ideea de traumă. Aceasta ne determină să luăm în considerare natura traumei.

Natura traumei

Ideea de traumă presupune luarea în considerare a factorilor externi; cu alte cuvinte, ea ține de dependență. Trauma este un eșec relativ la dependență. Trauma este ceea ce sparge o idealizare a unui obiect prin ura individului, ca reacție la faptul că acest obiect a eșuat în îndeplinirea funcției sale³⁶.

Prin urmare, semnificația traumei variază în funcție de stadiul de dezvoltare a copilului. Astfel:

- a. La început, trauma implică o prăbușire în aria de încredere față de „un mediu în general așteptat”, în stadiul de dependență cvasi-absolută.
- b. Dezadaptarea este a doua parte a funcției materne, prima fiind oferirea oportunității copilului pentru o *experiență a omnipotenței*. În mod normal, adaptarea mamei duce la un eșec adaptativ gradual. Acesta duce mai departe la funcția familiei de a induce copilului principiul realității.

Astfel, un studiu al traumei îl implică pe cercetător într-un studiu al istoriei naturale a evenimentului legat de dezvoltarea individului. Mediul este adaptativ iar ulterior dezadaptativ; schimbarea de la adaptare la dezadaptare este intim legată de maturizarea fiecărui individ și astfel de dezvoltarea treptată în individ a mecanismelor mintale complexe ce fac posibilă, în cele din urmă, mișcarea de la dependență spre independență.

Există astfel un aspect normal al traumei. Mama este întotdeauna „traumatizantă” în cadrul adaptării. Pe această cale, copilul trece de la dependență absolută la dependență relativă. Dar rezultatul nu este ca o traumă datorită abilității mamei de a simți în fiecare moment capacitatea bebelușului de a folosi noile mecanisme mintale. Sentimentul de „Non-Eu” al copilului depinde de felul în care operează mama în acest câmp al îngrijirii materne³⁷. Părinții acționează împreună, iar ulterior funcționarea familiei unite continuă acest proces de deziluzionare a copilului³⁸.

Clinic vorbind, e un fapt obișnuit că mama nu își poate înțărca copilul. Ea se plânge că bebelușul „nu vrea să fie înțărcat”. Se poate întâmpla ca mama să fie într-o fază depresivă, în care ura (atât

³⁶ Winnicott, “Weaning” (1949) în *The Child, The Family and The Outside World* (Penguin, 1964; Reading Mass.: Addison-Wesley, 1987).

³⁷ Joan Riviere, “On the genesis of psychical conflict in earliest infancy”, *International Journal of Psychoanalysis* 17 (1936)

³⁸ Winnicott, “The world in Small Doses” (1949), in *The Child, The Family and The Outside World*.

activă, cât și pasivă) să nu fie accesibilă conștiinței sau pentru a fi folosită în relaționare. Mama, de fapt, nu își poate juca rolul ei în procesul de deziluzionare, a cărui expresie este înțărcațul³⁹. Cu alte cuvinte, o mamă normală sau sănătoasă este capabilă să facă apel la ambivalență în relația obiectală și să o folosească în mod adecvat.

Aceeași dificultate poate apărea sub forma refuzului școlar al copilului, mama nefiind de obicei conștientă de faptul că ceea ce nu poate suporta copilul este de fapt incapacitatea mamei de a accepta să-l piardă.

c. Trauma, în sens mai popular, presupune o pierdere a încrederii. Bebelușul sau copilul a construit o capacitate de a „crede în”⁴⁰, iar la început mediul îi oferă acest sprijin, pentru ca ulterior să eșueze. În acest sens, mediul persecută prin faptul că trece dincolo de apărări. Ura reactivă a bebelușului sau a copilului sfârșeamă obiectul idealizat, ceea ce este resimțit în termeni de idee delirantă de persecuție din partea obiectelor bune. Acolo unde apare o reacție de furie sau de ură, termenul de „traumă” nu mai este adecvat. Cu alte cuvinte, acolo unde apare o furie, eșecul mediului nu s-a situat dincolo de capacitatea individului de a face față reacției sale.

d. Cu cât copilul își dobândește integrarea, cu atât mai sever poate fi *rănit* prin traumatizare; rănit sau făcut să sufere, prin opoziție cu a fi apărat prin realizarea integrării. În final, în complexul Oedip, în relațiile care se stabilesc între trei persoane întregi, copilul are nevoie să treacă printr-o perioadă în care experimentează încrederea în părinții săi pentru a folosi tot echipamentul (mecanisme de proiecție și de introiecție), și în care realitatea personală sau internă să se poate edifica, fapt care face ca fantasma să fie o experiență comparabilă cu relația obiectală efectivă. O prezentare completă a acestei teme ar necesita includerea conceptului de fenomen tranzițional⁴¹. Rezultatul acestei dezvoltări a individului este capacitatea de a resimți ambivalența.

³⁹ Winnicott, “Weaning”.

⁴⁰ Winnicott, “Morals and education” (1963), in *Maturational Process and The Facilitating Environment*.

⁴¹ Winnicott, “Transitional Objects and Transitional Phenomena” (1951), in *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (Londra: Tavistock, 1958; New York: basic Books, 1975; Hogarth Press, 1975).

e. În final, trauma înseamnă distrugerea purității experienței individului printr-o intruziune foarte bruscă și neprevăzută a unui fapt concret și prin izbucnirea urii în individ, ură față de obiectul bun, experimentată nu ca ură, ci, în mod delirant, ca fiind urât.

Familia

Propria mamă a bebelușului este probabil cea care va face tot ceea ce este necesar pentru copil în mediul său, pur și simplu datorită relaționării ei totale cu acest bebeluș. În același mod, familia este probabil cea care conferă echivalentul cât privește viața mai complexă a copilului și a adolescentului. Grupurile sociale limitate continuă ceea ce familia a început, iar în starea de sănătate copilul maturizat devine din ce în ce mai capabil să ia parte la menținerea structurii și a funcționării grupului.

Familia funcțională poate fi privită drept cea care previne trauma, dovedind că semnificația traumei se poate *schimba o dată cu dezvoltarea copilului de la copilărie la maturitatea deplină, dezvoltarea de la dependență la independență*. Pe această bază, familia poate fi studiată nu doar ca o atitudine structurată a părinților, a apropiaților și a fraților, ci și drept ceva ce este parțial *produs de nevoile urgente ale copiilor înșiși*, nevoi ce apar din dependență și din faptul că procesul de maturizare a individului nu se realizează decât într-un mediu facilitator.

23

Note asupra dezinvestirii și regresiei

Scrise pentru un seminar din decembrie 1965

Pentru ca la o ședință de miercuri să poată fi înțeleasă, trebuie să mă refer la o zi precedentă. Marți, pacienta era deja deziluzionată și devenise lipsită de afecte. A folosit două lucruri: manierele doctorului care a fost extraordinar de bun cu ea în SUA și o nefericită afirmație dintr-o carte de Searles. Caracteristica acestei ședințe a fost că, deși era absorbită de aceste teme în așa

măsură încât includeau pe toată lumea, și pe mine, ieșea din când în când din coconul ei pentru a-mi spune, fixându-mă cu privirea în stilul ei caracteristic și care provine din relația bună cu bona sa, „Știți, nu-i așa, că sunt foarte îndrăgostită de dumneavoastră?”. Evident că se lupta cu alte sentimente față de mine, de care nu-și dădea seama, dar pe care le regăsea într-o anumită măsură în relațiile cu alți doctori.

Miercuri a fost una dintre zilele acelea tipice care îl alarmează pe cel neexperimentat. Era o persoană diferită, chiar dacă eu sunt deja prea familiarizat cu felul ei de a fi atunci când este o persoană diferită. S-ar putea spune că este indignată, „cu Dumnezeu de partea ei”. Cuvântul corect pentru ședința de miercuri era dezinvestire. *Acesta a fost primul punct al discuției.* Cu această pacientă este extrem de important ca eu să înțeleg diferența dintre regresie și dezinvestire. Clinic, cele două stări sunt practic la fel. Se va vedea, totuși, că există o extremă diferență între cele două. În regresie, există dependență, iar în dezinvestire există o independență patologică. Am aflat prin studiul acestei analize că dezinvestirea este ceva ce permit foarte bine, iar în prima parte a analizei aceasta era trăsătura principală și a rezultat de aici că timp de multe ore nimic altceva nu se întâmpla. Atunci când dezinvestirea a devenit o trăsătură alternativă importantă, pacienta a devenit foarte furioasă ori de câte ori o luam drept regresie sau nu realizam că dezinvestirea trebuia tratată diferit. Mai dificil este faptul că în practică trebuie să supraveghezi trecerea de la dezinvestire la regresie după cum pacientul devine capabil să recunoască partea pozitivă din atitudinea celuilalt. Este subînțeles faptul că în dezinvestire este de așteptat un mediu persecutor. În orice caz, în această miercuri, pacienta era într-o stare de totală dezinvestire, complet ascunsă sub două păături și cufundată între două perne. Și-a revenit destul de brusc și apoi a devenit pe cât de furioasă putea fi, adică extrem de mult. A continuat spre sfârșitul ședinței, începând cu critica la adresa mea, cum că am lăsat-o în starea de dezinvestire, continuând cu toate deficiențele pe care le constatata ușor și pe care le enumera în tehnica mea, iar, în final, ridicându-se și plecând aproape la timp, spunând că în mod sigur nu se va mai întoarce să-și piardă vremea în felul acesta.

Au mai existat în trecut episoade mai dăunătoare decât acesta, dar cred că nici unul în care pacienta să aibă un sentiment atât de real că înțelege ce spune. Nu m-am apărat, desigur, în nici un fel (sau sper că nu am făcut-o); am lăsat lucrurile ca și cum ea sfârșea analiza, și am văzut-o în mașină, cu bona ei, care o însoțise și le-am privit plecând. Șoferul m-a privit prietenos.

Iată cel de-al doilea punct al discuției: reacția extremă a unui transfer delirant și nevoia de a-l suporta. Cred că trebuie să ai o mare încredere în tine pentru a putea lua toate acestea așa cum sunt fără, să spui nimic în propria apărare. Din fericire, în acest caz nu exista vreo problemă legată de suicid, așa încât am putut gândi: „Ei bine, dacă e să fie rău, cel mai rău lucru este ca pacienta s-o termine cu mine.” Știu, totuși, că nu avea la cine altcineva să se ducă; dar chiar și așa, ar fi putut strica totul pentru a continua cu o întreagă serie de terapeuți, despre care știa multe lucruri.

A doua zi, joi, și-a adus răsplata pentru toate astea. Pacienta a revenit la o relație afectuoasă. Toată maniera ei de a se atinge de pături și perne era diferită. Era, evident, într-o stare de cooperare înconștientă cu analiza, în așa fel încât era capabilă să îmi relateze vise semnificative. În final, a spus că se simte extrem de vinovată pentru ceea ce se întâmplase, în așa măsură încât dorea să vină să-mi aducă două piersici în *week-end*. *Acesta se dovedește a fi al treilea punct al discuției.*

Există două aspecte aici. În primul rând, am avut o discuție cu ea despre analiștii care primesc cadouri, fiindcă știam că este foarte conștientă de ceea ce se scrisese pe această temă. Am subliniat diferența dintre nevrotic și psihotic, din acest punct de vedere. I-am amintit că ea practic nu știa ce este psihonevroza. Dacă un pacient nevrotic îmi aduce un cadou, tind să-l refuz, deoarece știu că voi plăti pentru asta scump. În cazul unui psihotic, totuși (și aici înțeleg să includ într-adevăr angoasele depressive care nu erau cu totul caracteristice acestei paciente), consider că darurile sunt legate de un rău deja făcut. Cu alte cuvinte, aproape întotdeauna accept și consider că este o mare diferență între a accepta două piersici și a accepta o dispoziție de cooperare sau o atitudine afectuoasă. Am fost preocupat, desigur, de faptul că cele două piersici reprezentau simbolic sâni idealizați, dar m-am mulțumit să las lucrurile așa, și în cele din urmă am fost răsplătit, cred.

Al doilea lucru se referă la abilitatea pacientei, în acest moment, de a vorbi despre cât de îngrozitoare a fost. A trecut peste ședința precedentă spunând că a fost „tăioasă” prin remarcile ei, ceea ce era o descriere corectă. Mi-a reamintit și și-a reamintit că atunci când se simte astfel, este în stare să-l sfâșie pe cel care este lângă ea și realmente să-l rănească.

Un vis se referă la săritura de la etajul nouă al unui bloc (apartamentul părinților ei se află la etajul nouă), la etajul meu, fără să se lovească, apartamentul meu fiind probabil la parter.

În ziua următoare a venit în aceeași stare psihică și cu aceeași atitudine. De fapt, a adus ciocolată Bittra, care îmi pare a fi o îmbunătățire față de piersici și de idealizarea pe care o presupun. A mai existat un vis în care sărea dintr-un avion, care a fost mai degrabă exhibiționist și nu a dus la rănire; și un alt vis despre un bărbat pe care, orice ar fi făcut ea, nu reușea să-l facă să ia notițe despre ea. Era hotărâtă să-l facă să ia notițe despre ea, chiar dacă asta ar fi însemnat să poarte fusta modernă care îi vine deasupra genunchilor. Până în prezent s-a străduit să facă orice pentru a atrage un bărbat, deoarece, dacă nu este atras, nimic nu-i bine.

24

O nouă perspectivă asupra gândirii copiilor

Lucrare introductivă susținută la o conferință pentru membrii corpului profesoral de la Devon Centre for Further Education

3 ianuarie 1965

Contribuția mea nu este la fel de pozitivă pentru subiectul specific al gândirii, precum un comentariu din perspectiva psihiatriei copilului asupra gândirii ca funcție. Aș vrea să îmi permiteți să ignor lucrările celor care au conceput subiectul gândirii în mod special. Speranța mea este că ceea ce voi spune vă va ajuta să puneți în relație lucrurile pe care le auziți cu teoria generală a dezvoltării personalității umane, a persoanei umane. Este o teorie generală, care trebuie să lase loc pentru orice,

inclusiv pentru ceea ce nu este încă știut ori implicit, dar există și studii specifice asupra gândirii, unele dintre acestea fiind abordate în conferința de față.

Mă gândeam... că poate că ați organizat conferința în funcție de modul în care este folosit cuvântul.

Când *mă gândesc* la ceea ce am lăsat să pătrundă în mine sunt speriat. În primul rând, mă regăsesc *gândind pe marginea* subiectului, sperând cu șiretenie să ies din asta folosindu-mă de o zăpăceală.

Dar apoi mă regăsesc *gândind pe toate părțile* înțelesul cuvântului „gândire”. Apoi încep să *gândesc* o cale de a prezenta contribuția pe care vreau să o aduc. Din când în când, *gândesc* câteva cuvinte care mai bine ar rămâne nespuse, și îmi notez în gând: data viitoare *gândește* înainte să accepți o astfel de invitație! Și totuși, *ar fi de negândit* să mă sustrag de la obligația pe care o am, scuzându-mă pe motiv că aș avea gripă sau gută, așa încât mă afund în chestiune, în pofida sfatului poetului după care *a gândi* înseamnă a suferi.

Nu există alternativă; trebuie să *elaborez* acest lucru, fără să sper să-l perlaborez. Apoi, va trebui să accept ceea ce se va fi *gândit* despre efortul meu, și să o fac fără supărare. Ulterior, desigur, mă voi *gândi* la toate lucrurile la care *nu m-am gândit*. Mult mai bine ar fi fost să fi *gândit în perspectivă* și să fi prezis criticile dumneavoastră.

Presupun că putem privi fiecare dintre aceste semnificații ale sintagmei „a gândi” și putem încerca să o aplicăm la un copil de un an.

A gândi – a recunoaște (specific diverselor tipuri e maturitate)

A gândi pe toate părțile – a încerca viclean să circumscrii ceva (copil de 1 an și animalele)

A gândi în jurul – a examina iubitor (la plus/minus șase luni)

A gândi asupra – a crea în absența muzei (la doi ani și animalele)

A gândi – a nu vorbi (la 5 ani, perioada de latență)

De negândit – frica de Supraeu (dezvoltată odată cu formarea Supraeului)

A gândi – a avea o perspectivă comprehensivă (dezvoltă înțelesuri asupra vieții)

A elabora – a realiza o disecție mintală (vezi Piaget)

A perlaborare – o sarcină de desăvârșire a gândirii limitate (maturitate)

A se gândi despre / la – verdict după o examinare (plus / minus doi ani)

A se gândi la – a-și aminti (înainte de un an)

A se gândi la – a evoca (după un an)

A gândi în perspectivă – a prezice consecințe (foarte de timpuriu)

Un copil poate *să nu se gândească la ceva anume*, dar în mod sigur *gândește*. Își folosește creierul în măsura în care îl are. Dar cuvintele pe care le rostește sunt trei, sau poate doar unul. Probabil că gândește cu cuvintele pe care le înțelege, dar nu le poate folosi. Este ceva obscur aici. Ar fi lipsit de înțelepciune să petreci timpul căutând momentul în care copilul gândește. Ar fi mai bine, desigur, să compari gândirea cu alte funcții care există în paralel. Noi putem găsi funcții pe care unii le-ar numi gândire, iar alții s-ar referi la ele incluzându-le în alte categorii.

Nu voi încerca să fac aici proba unei gândiri originale. Voi folosi pur și simplu idei care mi-au venit în minte înainte și pe care le-am utilizat deja în alte conferințe și lucrări. Am descoperit (fără să pretind că sunt original) că trebuie să presupunem că nimic din ceea ce a fost înregistrat nu se pierde, cel puțin începând de la naștere - și probabil și de dinainte de naștere. Firește, ceea ce nu s-a înregistrat nu poate fi luat în considerare (și este greu să spui ceva despre cum sunt înregistrate lucrurile, evenimentele sau senzațiile, în funcție de cum au fost experimentate). Există aici ceva de tipul unei conștientizări premature a Eului, iar, pe de altă parte, unii bebeluși prezintă întârzieri în percepția oricăror lucruri în afara propriilor senzații și funcționări. Copiii autiști au un grad ridicat al acestei tendințe de a fi și de a rămâne introverși.

Aș împărți ceea ce am afirmat în două părți:

I. catalogare (în starea de sănătate) și

II. mintea devenind exploatată în apărare

I. Catalogarea

În starea de sănătate se întâmplă ca tot ceea ce este înregistrat să fie catalogat, categorizat și însumat. Strict vorbind, asta nu este gândire, dar implică aparatul electronic folosit de gândire. Este

de presupus că în gândirea propriu-zisă există o direcționare deliberată a minții spre o sarcină mintală care are un scop limitat și probabil pe termen scurt. Cuvântul „deliberat” trebuie să fie reluat într-o frază care să admită o motivațiile conștiente și inconștiente.

Trebuie doar să privesc în jur lui și îl voi găsi mai bine formulat decât am formulat-o eu.

Știm foarte puține despre nivelul precognitiv al gândirii incipiente, dar eu presupun că putem descoperi mai multe despre trăsăturile lui printr-o explorare mai intensă, prin tehnici ca electromiografia, posturile intime și mișcările expresive ale corpului. Între timp, după cum e de așteptat, scriitorii creativi conferă exemple ale vorbirii discursive nominale care arată câteva dintre caracteristicile simbolismului prezentațional și uneori urme ale unei matrici mai bogate, poate chiar mai confuze, din care au apărut cuvintele și imaginile lor.⁴²

Se poate alcătui o listă cu proprietățile bebelușului uman:

- funcționare corporală, senzorio-motorie
- elaborare imaginativă a funcționării corporale (fantasmă)

adăugându-se: catalogarea, categorizarea și facultatea de însumare

Amintiri – niciodată conștiente

- conștiente

muzeu

galerie (privată)

expoziție

teatru

Funcția de însumare își dezvoltă propria viață și permite predicția. Aceasta vine în serviciul nevoii de a păstra omnipotența. În paralel cu asta, elaborarea funcției îmbogățite de amintiri trece prin imaginația creatoare, vis și joc (servind de asemenea omnipotența).

⁴² D. W. Harding, “The Hinderland of Thought”, in *Experience into Words: Essays on Poetry* *Londra: Chato and Windus, 1963).

În acest sens, gândirea începe să fie ca un aspect al imaginației creative. Ea servește la supraviețuirea experienței de omnipotență. Este un ingredient al integrării.

Unii bebeluși se specializează în gândire și în căutarea cuvintelor; alții se specializează în auz, văz și în alte experiențe senzitive, în amintiri și imaginație creativă de tip halucinator, iar acestea, ulterior, pot să nu ajungă la nivelul cuvintelor. Nu se pune problema de a fi normal sau anormal. O neînțelegere poate să apară în această dezbatere prin faptul de a considera că o persoană care vorbește aparține tipului gândirii și al verbalizării, în timp ce altă persoană ar ține de tipul halucinator, în câmpul vizual sau auditiv, în locul exprimării de sine prin cuvinte. Într-un fel, cuvântul „lume” tinde să afirme sănătatea, iar cei care au viziuni nu știu cum să-și apere poziția atunci când sunt acuzați de nebunie. Argumentul logic aparține într-adevăr de cei care verbalizează. Trăirea sau sentimentul de certitudine sau de adevăr sau de „real” aparțin celorlalți.

Psihanaliza se adaptează mult mai greu la nevoile celor care întâi văd și aud și apoi gândesc. Jungienii, dimpotrivă, au încercat să-i satisfacă pe cei care conceptualizează fără jonglare verbală, iar unii cred că jungienii nu sunt atât de buni la logică și la simțul realității.

Astfel, prima mea idee se referă la dezvoltarea gândirii dincolo de catalogare, categorizare și însumare, iar aceste funcții încep într-adevăr de timpuriu, chiar dacă necesită timp pentru o dezvoltare complexă.

2. Gândirea ca substitut al mamei, ca o dădacă internă

A doua idee se referă la modul în care poate fi exploatat intelectul bebelușului. În primul rând, intelectul este un aspect al catalogării, categorizării și funcției însumării, permițând amintirilor să devină disponibile până când se pierde în refularea primară și secundară. Apoi, intelectul are propria sa funcționare, depinzând de calitatea aparatului electronic și astfel de modul în care se conturează dezvoltarea emoțională a individului.

Exploatarea intelectului poate începe de foarte timpuriu, în conștientizarea prematură a Eului. O pacientă spune: „Când m-am născut m-am așezat și am început să citesc: Așa vei face.” Ea are

acest *pattern* de viață. La un an, a spus chiar: „Vreau ce-mi place”, și și-a văzut viața ca o urmare a acestei formulări a filosofiei personale.

Pentru a exemplifica, iau o imagine simplificată a unui bebeluș hrănit la sân. Bebelușul este la stadiul de foarte mare dependență, iar mama își joacă bine rolul, adaptându-se la nevoile copilășului, fiind capabilă să facă asta datorită abilității ei de a se dedica temporar acestei singure sarcini – de a-și îngriji bebelușul. Se identifică intim cu bebelușul și este capabilă să se pună în pielea lui, ca să spunem așa.

Adaptarea este reală, și este de aproape 100%, dar ea scade rapid sub 100% pe măsura dezvoltării bebelușului, care îi acordă mamei din ce în ce mai multă libertate. Ce anume se dezvoltă în bebeluș? Este inteligența sa.

Bebelușul se gândește (în timp ce țipă) că totul este în regulă cu el, tocmai fiindcă zgomotele sale indică faptul că va veni ceva în întâmpinarea nevoilor sale. De asemenea, el are și amintirile lui. Poate țipa, dar nu este tulburat, deoarece a păstrat speranța, știind (adunând doi plus doi) că are liniștirea la îndemână, liniștirea unei nevoi presante și a unui sentiment de amenințare a omnipotenței. Această dezvoltare a înțelegerii bebelușului despre ceea ce se întâmplă rezultă din abilitatea crescută a mamei de a *eșua în adaptarea* la nevoile bebelușului.

Unii bebeluși fac față acestui fenomen prin gândire, alții prin fantasmă și prin a se bucura de experiența imaginată înainte de a deveni actuală.

Dacă luăm acum cazul unui bebeluș al cărui eșec matern de a se adapta este prea rapid, putem constata că bebelușul supraviețuiește prin mintea sa. Mama exploatează puterea bebelușului de a gândi și de a lega faptele și de a le înțelege. Dacă bebelușul are un aparat mintal bun, această gândire devine un substitut pentru îngrijirea și adaptarea maternă. Bebelușul „se maternează” pe el însuși prin intermediul înțelegerii, prin a înțelege prea mult. Este cazul acelui „Cogito, ergo in mea potestate sum”.

La extremă, mintea și gândirea bebelușului i-au permis, acum crescând și dobândind un *pattern* de dezvoltare, să facă ceea ce este necesar ființelor umane, respectiv încrederea și adaptarea la nevoile

de bază, fără aspectele importante ale îngrijirii materne. Ca și cum înțelegerea lui este mai de încredere decât a fost figura mamei.

Acest fapt rezultă din gândirea tulburată a celor al căror creier a fost exploatat. Inteligența ascunde un grad de deprivare. Cu alte cuvinte, există întotdeauna pentru cei cu creier exploatat o amenințare cu prăbușirea de la inteligență și înțelegere la haos mintal sau la dezintegrarea personalității.

Inteligența și gândirea pot fi măsurate, folosite și evaluate, dar trebuie să ne reamintim că inteligența poate fi exploatată și că poate ascunde lucruri precum deprivarea și haosul amenințător. O prăbușire parțială este reprezentată clinic de o organizare obsesională, cu o dezorganizare mereu în jurul ei.

Mișcarea evolutivă în dezvoltarea emoțională a unui individ se realizează de la o stare neorganizată spre integrare, de la haos spre înțelegere, de la ignoranță spre cunoaștere și puterea de a prezice, de la dependență spre independență. Gândirea este un aspect al procesului integrativ, ce necesită o deplină participare.

Pentru a repeta cea de-a doua idee: oriunde gândirea este un aspect al imaginației creative a individului, ea poate fi exploatată în economia individului, în apărarea împotriva angoasei arhaice și împotriva haosului și a tendințelor dezintegrative sau ale amintirilor prăbușirii dezintegrative legate de deprivare.

Într-un sens pozitiv, gândirea este parte a impulsului creativ, dar există alternative la a gândi, iar aceste alternative prezintă anumite avantaje față de gândire. De exemplu, gândirea logică necesită mult timp și poate să nu fie atinsă vreodată, dar *flash*-urile de intuiție nu necesită timp și se petrec instantaneu. Știința are nevoie de ambele pentru a merge mai departe. Aici trebuie să ajungem la cuvinte, la gândire și să încercăm să fim logici și să includem un studiu al inconștientului care permite o vastă extindere a dimensiunii logicii. Dar, în același timp, avem nevoie să ajungem la simboluri și să creăm imaginativ și într-un limbaj preverbal; avem nevoie să fim capabili să gândim halucinator.

Comentariu asupra nevrozei obsesionale și asupra lui „Frankie”

O versiune scrisă a unei intervenții prezentate la cel de-al 24-lea Congres Internațional de Psihanaliză, Amsterdam, iulie 1965⁴³

Am făcut două comentarii separate, unul referitor la natura nevrozei obsesionale și celălalt la cazul prezentat.

Cu privire la teoria nevrozei obsesionale, am încercat să formulez o concepție despre clivajul funcționării intelectuale, care cred că este o trăsătură esențială a cazului de nevroză obsesională. Conflictele din cadrul personalității s-au localizat în această arie intelectuală clivată. Tocmai din cauza acestui clivaj nu va putea exista vreodată o ieșire din eforturile și activitățile obsesionalului. Cel mai bun lucru care se poate întâmpla este acela că pentru un timp persoana obsesională și-a aranjat un fel de ordine în locul confuziei. Este o alternanță neîncetată și este într-un contrast cu încercarea universală a oamenilor de a-și amenaja o experiență a unei anume structurări a personalității sau a societății ca apărare împotriva experienței haosului. Există aici posibilitatea unei soluții, deoarece travaliul nu se realizează în aria clivată a personalității.

Cu privire la caz, mi-am limitat observațiile la un studiu asupra începutului tratamentului lui Frankie, raportat cu detalii demne de încredere de către analistul său⁴⁴. Am prefațat remarcile mele cu reamintirea faptului că dacă suntem capabili să discutăm acest caz în detaliu, este pentru că suntem îndatorați raportului său și, într-adevăr, descrierea acestui tratament analitic a fost folosit mai mult de un deceniu în predarea tehnicii psihanalitice. Am încercat să abordez critic mânuirea primului interviu.

„Frankie și-a început prima ședință prin construirea unui spital separat, în „departamentul pentru doamne”, „departamentul pentru copii” și „departamentul pentru bărbați”. În hol stătea doar un băiețel de 4 ani, singur, pe un scaun așezat într-o poziție mai înaltă.

⁴³ Din *International Journal of Psycho-Analysis* 47 (1966, ce cuprinde un sumar al lucrărilor discutate și al considerațiilor asupra lor. Copyright@Institute of Psycho-Analytic Study

Următoarele detalii ale jocului arată că acesta era locul unde se nasc copiii, iar jocul, după cum relatează analistul, a fost repetat în analiză timp de mai multe săptămâni. El „trăda intensitatea furiei băiatului împotriva mamei și a surorii sale”. Fără îndoială că materialul a justificat această presupunere și interpretarea care a urmat. Detaliul pe care l-am extras pentru discuție a fost acela că, la început, băiatul „stătea singur pe un scaun așezat într-o poziție mai înaltă”. Am simțit că poți lua acest detaliu și îi poți da cea mai importantă semnificație, deoarece este ceea ce a adus singur în analiză la vârsta de 5 ani și jumătate. Într-o atmosferă cu mame și bebeluși, deși îi separase pe nou-născuți de mame, exista totuși ideea că mamele (și tații) sunt privite ca ființe umane cu copii. Aceasta se aplică la purtarea bebelușului în pântecul mamei și la îngrijirea postnatală a copilășului. Frankie a dorit în mod evident să clarifice din punctul său de vedere că stătea pe un scaun plasat în poziție verticală; cu alte cuvinte, el era ținut de un lucru, un dispozitiv, sau oricum l-am numi. Acest lucru este o funcție clivată a mamei, nu o parte a atitudinii ei. Am atras atenția asupra faptului că acest detaliu ar putea avea o foarte mare semnificație în acest caz, fiind poate singurul lucru printre celelalte pe care băiatul dorea să-l mărturisească analistului. Există un material care să sprijine această idee, deoarece analistul scrie că:

„Frankie a fost un copil planificat, iar sarcina ei a fost calmă și ea s-a simțit fericită și mulțumită în așteptarea nașterii primului său copil. Nașterea a fost normală, copilul sănătos, însă din primul moment în care și-a ținut bebelușul în brațe, ea s-a simțit înstrăinată de el. Plânsetul băiețelului îi dădea un sentiment straniu și tulbure. Simțise cu totul altceva la al doilea copil, o fetiță.”

În discuția ulterioară a acestui caz, putem considera că mama a fost influențată, în relația ei primară cu acest băiețel, de trăsături inconștiente derivate din relația sa cu fratele ei. Am sugerat că întregul caz ar putea fi descris în jurul acestui detaliu, incluzând chiar și fobia fundamentală de ascensor. Un copil, când este susținut de o funcție clivată, nu poate decât să se gândească la mecanismele care îl fac să îi fie rău sau bine. Ar putea exista o alternare între ridicare (sau ceva echivalent) și a fi

⁴⁴ Vezi Berta Bornstein, “The Analysis of a Phobic Child”, in *The Psycho-Analytic Study of the Child*, vol ¾ (Londra: Imago, 1949).

aruncat, iar descrierea analizei ulterioare a acestui pacient ca tânăr bărbat nu contrazice cu certitudine această idee. Am mers mai departe și am afirmat că, deși s-a depus multă muncă în aceste analiză, vindecarea acestui bărbat nu poate fi atinsă fără ca acest detaliu al analizei de la 5 ani și jumătate să poată fi elucidat, iar ca disperarea sa de a fi fost îngrijit de o funcție maternă clivată și nu de o mamă să fi fost atinsă în cadrul transferului.

Acest comentariu este făcut pe baza teoriei relației mamă-copil, care ia în considerare un stadiu de absolută dependență, altfel spus, un stadiu anterior momentului când copilul a fost separat de mamă prin detaliile îngrijirii copilului⁴⁵. Trebuie să vină un moment în istoria fiecărui copil când, din punctul de vedere al copilului, apare ideea de recunoaștere a mamei care îi oferă. Firește, dacă există un clivaj în mediu, altfel spus, o mamă și un mecanism, un dispozitiv ce suplinește nevoile îngrijirii copilului, atunci sarcina inerentă a copilului în privința recunoașterii că detaliile îngrijirii copilului sunt o expresie a iubirii unei persoane, această sarcină devine nu doar dificilă, ci chiar imposibilă. Într-un fel sau altul, analistul, în transfer, are sarcina foarte grea de a corecta clivajul mediului care, în etiologia cazului, a făcut imposibilă sinteza pentru copil.

Recunosc că, prin criticarea în acest fel a acestor două analize, încerc să folosesc materialul foarte bogat oferit de cei doi analiști într-o încercare de a face o sugestie care s-ar dovedi constructivă în fiecare din aceste cazuri, sau în cazuri similare.

26

O notă asupra relației mamă-făt

Nedatată; scrisă probabil la mijlocul anilor '60

Există multe moduri de a pune în cuvinte relația dintre o mamă și bebelușul pe care îl îngrijește și îl susține. În primul rând, desigur, există o formulare pur biologică.

⁴⁵ Winnicott, "The Theory of the Parent-Infant Relationship" (1960), in *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (Londra: Hogarth Press; New York, International Universities Press, 1965).

În scrierile psihanalitice, există multiple referințe la fantezmele conștiente și inconștiente ale mamei despre bebelușul său. Adesea, regăsim expresia „bebeluș” echivalată cu penisul, cu fecalele, cu banii sau cu articole de blană, perne etc., etc. Am auzit și despre identificarea mamei cu bebelușul său și despre identificarea bebelușului cu unul sau cu celălalt părinte, și despre iubirea, ura și teama pe care bebelușul le poate exprima prin intermediul acestora.

Relația mamă-făt poate fi enunțată cu folos în următorii termeni: dacă abilitatea biologică a mamei de a produce un bebeluș plin de viață este reprezentată 100%, abilitatea ei psihologică poate fi afirmată într-un procent aproximativ. Înțeleg prin asta că nici o mamă nu este 100% capabilă să producă un copil plin de viață în fantasmă. Unele mame au această capacitate abia în procent de 50%; imaginați-vă confuzia lor atunci când, aflându-se în fața unui bebeluș despre care li s-a spus că l-au adus pe lume, încă nu cred cu totul că e așa. Este doar pe jumătate uman, pe jumătate în viață, pe jumătate complet, sau pe jumătate sănătos. Se poate face bucați dacă nu îl ții în haine și legat. În burtica lui poate fi vânt în loc de mațe, sau chiar nu poate avea nimic altceva decât pipi și caca. Sau poate avea una dintre binecunoscutele malformații, lichid cranian, buză de iepure, platfus, sau așa-numitul stigmat al degenerării. Poate fi un monstru.

În orice caz, nu este un el sau o ea, ci o chestie.

Dacă într-adevăr un bebeluș se naște cu un defect sau cu o malformație, efectul dăunător asupra mamei și a tatălui poate fi chiar izbitor, producând opusul reasigurării împotriva fricii de a fi incapabil să nască o ființă 100% umană. Cunoscut un caz în care boala bărbatului data de la nașterea unui monstru de către soția sa.

Alăptarea îi oferă mamei (și tatălui, prin proximitate) o a doua șansă. Îngrijirea personală și alăptarea o fac pe mamă să simtă că acel copil este real, dacă înainte s-a îndoit de propria ei capacitate mai mică de 100% de a naște un bebeluș în fantasmă.

Avorturile dovedesc adesea această condiție. Permiteți-ne să spunem că avorturile la trei luni reprezintă 33,3% din capacitate. Dacă o femeie însărcinată este în analiză, iar analistul nu este capabil să îi dea la momentul potrivit interpretarea fantezelor ei despre interiorul său (despre

interior în general), atunci pacienta poate avea un avort aproape ca un act de onestitate. Este ca și cum ar fi pretins ceva fals dacă ar fi dus sarcina mai departe și ar fi născut un bebeluș întreg. Singura speranță este ca analistul să poată aduce fantasmăle despre interiorul corpului în analiză și astfel să confrunte interiorul biologic din perspectiva funcției sale secundare, ca un depozit pentru fantasmăle conștiente repudiate.

Cheia în analiza acestui aspect al maternajului este interpretarea relației dintre fantasmă și funcționarea orgastică (cu precădere orală) în situația transferențială. În acest fel, lumea fantasmatică interioară este simțită ca reală, ceva ce nu trebuie să fie secret și ceva ce poate fi deținut personal; și, în același timp, analistul mărturisește despre dispariția *plasării* compulsive de până acum de către pacientă a materialului fantasmatic post-incorporativ *în interiorul pântecului*.

Funcția biologică se poate astfel continua netulburată, iar mama poate da naștere bebelușului la termen și nu are nevoie să fie bolnavă, chiar dacă a avut trista experiență de a da naștere unui copil malformed.

27

Absența și prezența sentimentului de vinovăție, ilustrat de doi pacienți

*Nedatat; scris probabil în 1966*⁴⁶

I

În cursul terapiei analitice a unei femei, cu care a fost necesar să lucrez foarte profund și până la stadii foarte timpurii din viața ei, am ajuns la un stadiu în care greșelile mele au devenit din ce în ce mai semnificative, greșeli pe care le fac într-adevăr, și consider că toți analiștii trebuie să facă greșeli sau să eșueze într-un fel sau altul. Fără îndoială că *pattern*-ul eșecului analistului, dacă nu

⁴⁶ Acesta a fost găsit printre lucrările lui Winnicott, împreună cu lucrarea "The Absence of a Sense of Guilt" (1966), acum în Winnicott, *Deprivation and Delinquency* (Londra, New York, Tavistock, 1985).

este vorba de propriul său *pattern*, corespunde cu cel în care mediul pacientului a eşuat, la un stadiu semnificativ. Problema este că, în travaliul foarte sensibil pe care îl facem uneori pentru o perioadă de timp, îi putem oferi pacientului ceva mai bun decât a primit la începutul vieţii sale, chiar dacă doar într-o formă simbolică. Nu avem grijă de pacient douăzeci şi patru de ore din douăzeci şi patru, aşa cum au părinţii de copiii lor, sau mama de bebeluşul ei. Într-un fel, învăţăm să ne temem de sfârşitul acestei perioade în care facem un travaliu sensibil de adaptare la nevoile pacientului. Sfârşitul vine cumva când alte interese ne distrag atenţia în aşa fel încât pacientul nu se mai află în poziţia de „copil unic”, nu se mai află în preocuparea noastră. Atunci pacientul suferă un şoc şi se face ţandări, iar vina este a noastră. Singurul lucru pe care-l putem face este să ne dăm seama de fenomen atunci când se întâmplă. Dificultăţile provin din faptul că pacientul foarte sensibil a fost capabil să ne lase să jucăm rolul unui părinte sau al unei figuri nesatisfăcătoare. Desigur că atunci când eşuăm, eşecul este mai rău tocmai pentru că atunci când am reuşit, ceea ce am făcut a fost mai bun.

Atinsesem acest punct cu o pacientă şi rezultatul a fost foarte trist şi pentru ea, şi pentru mine. Oricât mi-am spus că în final trebuia să fiu cel care eşuează, nu m-am putut împiedica să mă simt îngrozitor, fiindcă am putut vedea uşor că greşeala mea putea fi evitată. În acest caz particular, mi-am permis să fiu înşelat de un moment în care pacienta părea a fi aproape normală şi dorea să vorbească despre munca şi viaţa mea şi, în ciuda a tot ceea ce ştiu şi cred, am căzut în capcană şi, în cele din urmă, dornic să am pe cineva ca să vorbesc despre mine, am făcut una sau două referiri la alte preocupări de-ale mele. La început, fireşte că pacienta a considerat asta fascinant şi era bucuroasă să ştie despre mine că sunt viu şi să afle lucruri despre viaţa şi interesele mele. Curând, totuşi, reacţia s-a declanşat şi ştiam că aşa va fi de îndată ce aş deschide gura. Peste câteva zile, pacienta s-a simţit complet distrusă şi eu eram blamat. Agonia prin care a trecut era teribilă şi tentativele de suicid pe care le-ar fi comis de câteva ori au fost pentru a evita tocmai această agonie. Oricine altcineva care nu este implicat într-un astfel de travaliu ar putea crede că lucrurile ar fi putut rămâne aşa. Pacienta ar fi fost foarte furioasă pe mine pentru că eram la fel ca mama ei, ba chiar mai

rău, fiindcă eu fusesem mai bun la început. Dar lucrurile nu au fost așa. Această pacientă a intrat într-o stare în care a simțit că trebuie să fi fost detestabilă. Nimeni nu ar fi făcut ceea ce am făcut eu, decât ca reacție la un defect teribil al ei, care îi determina pe toți să îi facă rău.

Se va vedea în acest exemplu că ea își fabricase o situație în care experimenta sentimente de vinovăție foarte severe în jurul cărora și-ar putea organiza ușor viața, dacă nu se sinucidea pentru ispășire. Ar putea fi un caz de genul a-și pune sacul pe cap, sau a-și pune cenușă în cap, fără nici o ieșire. Ca analist al ei, am avut ocazia să mă familiarizez în detaliu cu faptul că i se întâmplă asta și sunt capabil să văd că realmente ceea ce nu suportă este faptul că aş putea să fac o greșeală sau să eșuez nu din cauză că ea este detestabilă, ci dintr-un motiv personal, ceva de care ea nu ar putea fi conștientă deoarece se află în afara sferei sale de influență. Acest lucru ea nu îl poate gestiona și întreaga ei viață ilustrează asta. Dacă mi se permite să simplific puțin, aş spune că ceea ce am făcut greșit a fost exact echivalentul a ceea ce mama ei făcuse greșit, întrerupând astfel relația de tipul copil unic. Situația a fost prost gestionată și în orice caz mama a trebuit să se ocupe de sarcina ei prea devreme, altfel spus, înainte ca pacienta să fi împlinit un an. La această vârstă tandră, un bebeluș nu are încă un evantai larg de apărări și de fapt nu poate realiza că există un univers în afara celui al cărui centru el este. Mama se află acum tocmai în procesul de a iniția copilul în aceste fapte dificile, denumite principiul realității. Cu alte cuvinte, acest copil de un an nu putea ști nimic despre uniunea dintre părinți, sub toate formele ei, ceea ce ar fi putut face la doi sau trei ani, prin identificarea cu un părinte sau cu celălalt, într-o formă sau alta a actului sexual.

Eșecul meu a fost deci ceva ce ea trebuie să fi încercat să aducă în aria ei de omnipotență, iar ea nu putea face asta decât fiind clar conștientă de oribilele sale idei și impulsuri și sentimente de vinovăție, explicând astfel în termeni de pedeapsă ceea ce am făcut. Este adevărat că această pacientă a dorit adesea să mă distrugă, dar, în realitate, asta are de-a face cu aspectele cele mai primitive ale iubirii ei, acolo unde iubirea înseamnă relație de obiect. Este ceva ce se poate dezvolta în hrănire și în ideile de incorporare a ceea ce este apreciat. Eșecul meu a făcut-o pe pacientă să iasă de pe această cale principală, astfel încât acum ea voia să mă omoare nu ca pe o parte a iubirii, ci ca

reacție la faptul că i-am întrerupt dezvoltarea. Din această ilustrare, se poate vedea că această pacientă nu ar fi simțit nici o vină dacă m-ar fi ucis azi, fiindcă ar fi trebuit să fiu ucis, iar ea ar fi fost doar mâna destinului. Locul unde era pe cale să se dezvolte veritabilul sentiment de vinovăție se găsea exact în punctul în care ea era aproape capabilă să vadă că, iubindu-mă, m-ar fi devorat, și că ideile în jurul acestui fapt ar fi implicat distrugerea mea. Tocmai ajunsese aproape de aceste lucruri, pe care le simțea reale în momentul în care ajungea la ele. Eșuând, am făcut ceea ce părinții făcuseră, iar mama ei, făcând asta la o vârstă atât de timpurie, i-a dat o viață de încercări în a simți vinovăția, fără a reuși vreodată.

Ea a putut juca și rejuca scena histrionică a remușcărilor în jurul distrugerii compulsive, dar nimic din toate astea nu era resimțit ca real, chiar dacă distrugerea putea fi într-adevăr destul de reală. Pornind de aici, este posibil să aflăm ceea ce înțelegea ea atunci când a venit la mine, în urmă cu aproape cincisprezece ani, iar primele ei cuvinte au fost: „Aș dori să mă ajutați să îmi găsesc propria răutate.” Această pacientă avusese un mediu teribil încă de la început și i-au fost necesari ani de analiză pentru a fi în stare să ajungă să cunoască răutatea din ea însăși într-un mediu bun.

II

Aș dori să mă refer la un gen diferit de pacient, pentru a încerca să am o nouă perspectivă asupra semnificației sentimentului de vinovăție. Această pacientă este o femeie care ar putea fi probabil diagnosticată ca potențială schizofrenă. În cursul terapiei, trece prin faze schizoide recurente, deși în majoritatea timpului seamănă cu o nevrotică. Nu i-ar fi plăcut să îi spun asta deoarece ea valorizează această parte schizoidă din personalitatea ei și sfidează psihonevroza. Veți înțelege că psihonevroza este foarte apropiată de lucruri precum ambivalență și compromis, și de tot ceea ce numim sănătate. Viața este posibilă doar pe baza compromisului. Metoda democratică este, totodată, un compromis acceptat și o socializare. Partea schizoidă a bolii acestei femei o face să sfideze compromisul. Pentru starea ei de bine este esențială un fel de idealizare. Un rezultat al acestui fapt este acela că boala o face să își traseze propria cale și este suficient de inteligentă pentru ca acest lucru să îi reușească surprinzător de bine. Dacă are propria cale, atunci nu mai există nici un

compromis și își poate permite să aștepte. Pentru această femeie, sentimentul de vinovăție poate fi absolut invadator. Nu are nimic de-a face cu ideea societății despre bine și rău, iar ea și-a abandonat religia deoarece, așa cum îi apare ei biserica, pare să îi dea un sentiment arbitrar al valorii. Ea se simte copleșită de vinovăție atunci când simte că se trădează pe sine. Simte că ar putea mai degrabă să rămână bolnavă pentru toată viața decât să se vindece, dacă vindecarea presupune un compromis. Asta o face să fie o persoană bizară. Printre altele, această femeie a avut dificultăți sexuale considerabile începând cu convingerea că, dacă ar iubi cu adevărat un bărbat, s-ar îndepărta de ea însăși. Treptat, a devenit capabilă să îi permită unui bărbat să se îndrăgostească de ea, și chiar unui bărbat pe care ea îl place foarte mult. După o lungă serie de bărbați, a culminat cu ceva ce se poate transforma într-o căsătorie. Între ei a fost o experiență sexuală. După cum ne putem imagina, în acest caz nu există nici o vinovăție legată de a face sex sau a nu face sex. Pacienta a simțit o vinovăție extremă imediat ce a existat posibilitatea de a rămâne însărcinată. Pornind de aici, nu s-a mai putut implica în raporturi sexuale și, treptat, a început să organizeze ruptura relației.

Visele ei arată faptul că, dacă ar fi rămas însărcinată, s-ar fi întâmplat numai cu persoana potrivită pe care ea nu o găsisese încă. A trecut printr-o luptă interioară pentru a-și da seama că această persoană ar putea să nu apară niciodată. Persoana potrivită ar fi fost un bărbat din trecut, în circumstanțe obișnuite - tatăl, cineva care ar fi intrat în viața ei datorită iubirii mamei sale față de bărbatul său. Bărbatul potrivit ar fi intrat în viața sa ca o complicație a relației de bază cu mama sa. În cazul ei, relația de bază cu mama era deficientă. Relația dintre părinți a fost problematică și, în orice caz, tatăl ei își dorise un băiat, drept care nu i-a acordat prea mult interes ca fată. Dincolo de aceste planuri, totuși, bărbatul potrivit nu a apărut, astfel că a rămas căutând nu un partener marital, ci ceea ce ei îi lipsea, prima poveste de iubire din familie. Ea nu poate găsi un bărbat care să își dorească înainte de toate să joace rolul pe care ea i-l atribuie, ca bărbat potrivit, cu tabu asupra actului sexual, și care să poată apoi, treptat, să se schimbe și să devină în timp soț.

Relatez aceasta ca o ilustrare a unui gen de sentiment de vinovăție foarte feroce, absolut, și care ține de dezastrul trădării de sine. În comparație cu acesta, dogmele morale par mai degrabă slabe.

Moralistul comun ar privi-o pe această femeie și ar putea spune că îi lipsește sentimentul de vinovăție. Ar putea fi văzută ca o hoasă, o mincinoasă și o ticăloasă, fără nici cel mai mic scrupul față de sexul extraconjugal. Ei nu i-ar fi trecut prin cap să se îngrijoreze că un bărbat pe care-l place ar putea fi căsătorit. Se întâmplă, totuși, ca întregul ei *pattern* de viață să fie determinat de un simț absolut al valorii care o face capabilă să vadă de la prima privire dacă o pictură abstractă este autentică sau nu. Îmi place să dau acest exemplu deoarece eu, de exemplu, pot privi o pictură abstractă și să nu știu cum să încep să o apreciez, deoarece nu atinge nimic care să-mi aparțină în mod particular. Această pacientă nu are nici o îndoială, iar judecata ei este imediată și se întâmplă ca aceasta să se apropie foarte mult de judecata obișnuită a unui critic de artă foarte bun. Pentru această pacientă, o linie falsă într-o pictură abstractă este mult mai rea decât imoralitatea, până-ntr-atât încât trebuie să găsească alt limbaj pentru a-l descrie sau pur și simplu pictura trebuie refuzată. Pe de altă parte, dacă o pictură abstractă este autentică, atunci are pentru ea o valoare imensă. În paralel cu toate acestea, pacienta, după cum ne imaginăm, nu poate începe să existe și să se simtă reală decât într-un mediu în care arhitectura și celelalte aspecte ale mediului non-uman sunt de un nivel foarte înalt. Este foarte jenant și de dificil să găsești asta, iar cea mai mare parte a timpului pacienta mea a petrecut-o într-o mănăstire unde nu exista nimic urât. Presupun că dacă i-ar face bine, ar putea trăi în mijlocul a tot ce este sordid, așa cum majoritatea dintre noi trebuie să o facă, dar vedem bine că ea nu poate privi spre viitor spunând: „Vreau să îmi fie bine”, cu precădere din cauza acestor lucruri sacre pe care ar trebui să le piardă - în schimbul lucrurilor urâte, al răului și sordidului.

Pe 2 februarie 1966, Winnicott a prezentat o lucrare Adunării Științifice a Societății Britanice de Psihanaliză, denumită „Clivajul elementelor masculine și feminine observabile clinic la femei și bărbați: Interferențe teoretice”. Mai târziu, a inclus această lucrare ca un subcapitol al capitolului 5 din carte sa *Joc și realitate* (1971).

Capitolul de față începe cu reproducerea acestei lucrări (Secțiunea I). Secțiunea II cuprinde trei părți de material ale unui caz, prima scrisă în 1959, iar celelalte două în 1963, care au fost găsite în dosarul lui Winnicott, „Idei”. Ele se referă la același pacient și au același subiect ca și lucrarea, fiind probabil folosite atât pentru predare, cât și pentru analiza preliminară a subiectului clivajului dintre elementele masculine și feminine. Mai multe materiale despre acest pacient pot fi găsite în capitolele 10 și 15 ale acestui volum.

Secțiunea III conține partea principală a răspunsului lui Winnicott la comentariile asupra lucrării lui, scrise în *Forumul psihanalitic*. Comentariile au fost făcute de către Margaret Mead, Masud Khan, Richard Sterba, Herbert Rosenfeld și Decio Soares de Souza. Deși atât comentariile, cât și răspunsurile au fost scrise între 1968 și 1969, ele au apărut, împreună cu lucrarea originală, în *Forumul psihanalitic*, în 1972

Clivajul elementelor masculine și feminine observabile la femei și bărbați

Lucrare susținută la Societatea Britanică de Psihanaliză, 2 februarie 1966

Nu există nimic nou în interiorul sau în afara psihanalizei cu privire la ideea că bărbații și femeile au o „predispoziție către bisexualitate”.

Încerc să utilizez aici ceea ce am aflat despre bisexualitate din analizele pe care le-am efectuat pas cu pas până la un anumit punct, concentrându-mă pe un detaliu. Nu voi încerca să descriu pașii prin care analiza a ajuns la acest tip de material. Se poate spune că este mult de muncă de obicei până când un astfel de material devine semnificativ și demn de luat în seamă. Este dificil de văzut cum poate fi evitată munca preliminară. Lentoarea procesului analitic este o manifestare a

unei apărări pe care analistul trebuie să o respecte, așa cum respectăm toate felurile de apărare. În timp ce pacientul este acela care îl învață tot timpul pe analist, analistul ar trebui să cunoască, teoretic, problemele care privesc cele mai adânci sau principalele caracteristici ale personalității, altfel s-ar putea să nu reușească să recunoască și să întâmpine noi cerințe privind înțelegerea și tehnica sa, în timp ce, pe termen lung, pacientul poate aduce probleme adânc îngropate în miezul transferului, oferind astfel oportunitatea interpretării mutative. Prin interpretare, analistul dovedește cât de mult și cât de puțin din comunicarea cu pacientul reușește să recepteze.

Ca bază pentru ideea pe care vreau să o prezint aici, sugerez că un numitor comun al femeilor și bărbaților este creativitatea. În alt limbaj, totuși, creativitatea este prerogativul femeilor, și totuși într-un alt limbaj este o trăsătură masculină. Acest ultim aspect este cel care mă preocupă în cele ce urmează.

Date clinice

Caz ilustrativ

Îmi propun să încep cu un exemplu clinic. Acesta privește tratamentul unui bărbat de vârstă mijlocie, căsătorit, cu familie și cu succes într-o anumită profesie. Analiza a mers pe linia clasică. Acest bărbat a făcut multă vreme asta și nu sunt în nici un caz primul lui psihoterapeut. A fost depus mult efort, și el, și fiecare dintre noi, terapeuți și analiști, pe rând, iar personalitatea lui s-a schimbat foarte mult. Dar a rămas totuși ceva ce, afirmă el, îl împiedică să se oprească. Știe că a venit pentru ceva anume și nu a ajuns acolo. Dacă se retrage din situația nereușită, sacrificiul este prea mare.

În faza actuală a analizei lui s-a ajuns la ceva care este nou *pentru mine*. Este vorba despre modul în care tratez elementul non-masculin din personalitatea lui.

Într-o vineri, pacientul a venit și a discutat ca de obicei. Ceea ce m-a uimit a fost că, în acea vineri, pacientul a vorbit despre *invidia de penis*. Folosesc acest termen cu chibzuință și trebuie să cer acceptarea faptului că el este potrivit aici, din punct de vedere material și al prezentării. Evident, acest termen, invidia de penis, nu este aplicat de obicei în descrierea unui bărbat.

Schimbarea ce ține de această fază este evidențiată din felul în care am tratat acest aspect. În această situație, i-am spus: „Acum vorbește o fată. Știu bine că sunteți bărbat, dar acum vorbește o fată. Și îi spun acestei fete: «vorbești despre invidia de penis»”.

Doresc să subliniez că nu are nici o legătură cu homosexualitatea.

(Mi s-a explicat că interpretarea fiecăreia dintre cele două părți putea fi gândită ca legată de joc și, atât cât se poate, îndepărtată de interpretarea autoritară, care este foarte aproape de îndoctrinare.)

Era clar pentru mine, prin efectul profund al acestei interpretări, că remarca mea era cumva potrivită, și într-adevăr nu aș fi raportat acest incident la acest context dacă nu ar fi fost faptul că lucrul început în acea vineri a dus la un cerc vicios. M-am obișnuit cu rutina unei munci bune, a interpretărilor bune, a rezultatelor imediate bune, și apoi cu distrugerea și deziluzia care urmau de fiecare dată după ce pacientul recunoștea treptat că a rămas neschimbat ceva fundamental; acest factor necunoscut era cel care l-a determinat pe acest bărbat să lucreze la propria analiză un sfert de secol. Colaborarea lui cu mine va avea aceeași soartă ca aceea cu ceilalți terapeuți?

Cu această ocazie, a existat un efect imediat sub forma acceptării intelectuale și a ușurării, și apoi au urmat și alte efecte mai îndepărtate. După o pauză, pacientul a zis: „Dacă aș fi spus cuiva despre această fată, mi s-ar fi spus că sunt nebun.”

Problema putea fi lăsată în acest punct, dar sunt bucuros, cât privește evenimentele care au urmat, că nu m-am oprit. Următoarea mea remarcă m-a surprins și a fixat problema. Am zis: „Nu este vorba că *dumneavoastră* nu ați spus despre asta nimănui; *eu* văd acea fată și o aud vorbind, când de fapt pe canapeaua mea se află un bărbat. Persoana nebună sunt *eu*.”

Această nebunie a mea l-a făcut capabil să se vadă pe sine însuși ca pe o fată *din poziția mea*. Știe că este bărbat și nu s-a îndoit niciodată de asta.

Este clar ce se întâmplă aici? În ceea ce mă privește, a fost nevoie să trec printr-o experiență personală profundă pentru a ajunge la înțelegerea pe care cred că am atins-o acum.

Această complexă stare de fapte are o reflectare deosebită în realitate pentru acest bărbat pentru că și el, și eu am ajuns la concluzia (deși nu am putut-o dovedi) că mama lui (care nu mai trăiește

acum) a văzut o fetiță atunci când el era bebeluș, înainte de a ajunge să se gândească la el ca la un băiat. Cu alte cuvinte, acest bărbat a trebuit să se potrivească ideii mamei că va fi și că este fată. (A fost al doilea copil, primul fiind tot un băiat). Avem dovezi din interiorul analizei că, în abordarea ei timpurie, mama lui s-a ocupat de el și l-a tratat fizic neputând să îl vadă ca fiind băiat. Pe baza acestui exemplu și-a fixat mai târziu apărarea, dar a fost „nebulia” mamei care a văzut o fată acolo unde era un băiat, iar acest aspect a fost adus în prezent prin faptul că am spus „Eu sunt cel nebun.” În acea zi de vineri, a plecat profund mișcat, simțind că a fost prima întorsătură importantă din analiză (deși, așa cum am mai spus, a existat un progres continuu în analiza lui).⁴⁷

Aș vrea să ofer și alte detalii privitoare la acest incident de vineri. Când a venit luna următoare, mi-a spus că este bolnav. Mi-era destul de clar că este o infecție și i-am atras atenția că soția lui o poate face și ea a doua zi, ceea ce s-a întâmplat. Totuși, m-a invitat să îi *interpretez* boala, care începuse sâmbătă, ca și cum ar fi fost psiho-somatică. Ce încerca să spună era că avusese un raport sexual satisfăcător cu soția lui și *ar fi trebuit* să se simtă mai bine sâmbătă, dar, în loc de asta, se îmbolnăvise și se simțea rău. Am reușit să las deoparte tulburarea fizică și să vorbesc despre discordanța acestui rău de după raportul sexual, pe care el îl simțea ca trebuind să fie o experiență vindecătoare. (Ar fi putut, într-adevăr, spune: „Sunt răcit, dar cu toate astea mă simt mai bine cu mine însumi”.)

Interpretarea mea a continuat pe linia de vineri. Am spus: „Simțiți că ar trebui să fiți mulțumit de interpretarea mea, care a eliberat comportamentul masculin. *Totuși, fata cu care am vorbit nu vrea ca bărbatul să fie eliberat* și, într-adevăr, nu este interesată de el. Ceea ce vrea este recunoașterea totală a ei și a drepturilor ei asupra corpului dumneavoastră. Invidierea penisului include invidierea dumneavoastră ca bărbat.” Am continuat: „Faptul de a vă fi simțit bolnav este un protest împotriva femeii în sine, al acestei fete, deoarece ea a sperat întotdeauna că analiza va releva că acest bărbat, dumneavoastră, este și a fost întotdeauna o fată (și „a te simți rău” este o sarcină

⁴⁷ Pentru o discuție detaliată a rolului de oglindă al mamei în dezvoltarea copilului, vezi **“Rolul de oglindă al mamei și al familiei” (1967), în “Joc și realitate”**

pregenitală). Singura finalitate a acestei analize pe care această fată o caută este descoperirea faptului că, de fapt, sunteți fată.” Din acestea se poate înțelege convingerea lui că analiza nu se va sfârși niciodată.⁴⁸

În săptămânile următoare au apărut foarte multe aspecte care au confirmat validitatea interpretării și atitudinii mele, iar pacientul a simțit că începe să vadă cum analiza a încetat să stea sub blestemul interminabilului.

Mai târziu, am putut observa că rezistența pacientului se mutase spre negarea importanței a ceea ce spusese eu: „Eu sunt cel nebun.” A încercat să treacă peste asta, considerând că era doar o modalitate a mea de exprimare, o figură de stil care putea fi uitată. Mi-am dat seama, totuși, că este unul dintre acele exemple de transfer delirant, care îi încurcă și pe pacienți, și pe analiști, și că miezul problemei este chiar această interpretare, pe care mărturisesc că aproape nu mi-am permis să o fac.

Când am avut timp să mă gândesc la ceea ce s-a întâmplat, am fost nedumerit. Nu exista nici un concept teoretic nou, nu exista nici un principiu tehnic nou. De fapt, eu și pacientul meu mai avuseserăm de-a face cu asta. Și totuși, exista ceva nou, nou în atitudinea mea și nou în capacitatea lui de a utiliza munca mea interpretativă. Am decis să mă abandonez în fața a ceea ce va însemna asta pentru mine, iar rezultatul se regăsește în această lucrare.

Disociere

Primul lucru pe care l-am observat a fost că nu acceptasem niciodată disocierea completă între bărbat (sau femeie) și aspectul personalității care este de sex opus. În cazul acestui pacient bărbat, disocierea era aproape completă.

Așa că m-am găsit înaintea unui nou aspect al unei situații vechi și m-am întrebat cum va afecta sau cum ar putea afecta aceasta lucrul cu alți pacienți, bărbați și femei, sau băieți și fete. Am

⁴⁸ Sper să se înțeleagă că nu sugerez că boala fizică a acestui bărbat, răceala, a fost determinată de tendințele emoționale care coexistă cu fizicul. – D.W.W.

decis, atunci, să studiez acest tip de disociere, lăsând la o parte, dar fără a uita, celelalte tipuri de clivaj.

*Elemente masculine și feminine în bărbați și femei*⁴⁹

În acest caz, era vorba despre o disociere aflată pe punctul de a ieși la iveală. Apărarea disocierii ducea la acceptarea bisexualității ca o calitate a Eului întreg și total. Am văzut că aveam de a face cu ceea ce poate fi numit *un element feminin pur*. La început, m-a surprins că am putut ajunge aici numai analizând materialul prezentat de un pacient bărbat⁵⁰.

O observație clinică a continuat în acest caz. Unele dintre clarificările acrice au urmat după ce am ajuns la noua platformă a lucrului nostru în comun provenind din faptul că noi putem explica de ce au fost făcute interpretările mele, adecvate, în sensul utilizării obiectelor, satisfacțiilor orale erotice în transfer, ideilor orale sadice, în sensul interesului pacientului față de analistul său ca obiect parțial sau ca o persoană cu sân sau penis – de ce asemenea interpretări nu au fost niciodată mutative. Ele au fost acceptate, dar: și ce? Acum, când noua poziție a fost atinsă, pacientul a căpătat sentimentul relaționării cu mine, și astfel a devenit extrem de viu. Totul avea legătură cu identitatea. Elementul feminin pur clivat a găsit o primă unitate cu mine ca analist, iar asta i-a dat bărbatului sentimentul că viața a început. Am fost afectat de acest detaliu, așa cum va apărea în aplicația mea la teopria pe care am descoperit-o în acest caz.

Addendum la secțiunea clinică

⁴⁹ Voi continua să utilizez această terminologie (“elemente masculine și feminine”) pentru moment, din moment ce nu cunosc alți termeni descriptive care să se potrivească. Cu siguranță “activ” și “pasiv” nu sunt termenii corecți, și trebuie să îmi continui expunerea prin folosirea unor termeni disponibili – D.W.W.

⁵⁰ Ar fi logic aici să continui lucrul pe care eu și acest bărbat l-am realizat împreună cu o lucrare similară care să implice o pacientă fată sau femeie. De exemplu, o tânără femeie îmi amintește de materialul vechi aparținând de latența ei timpurie de a fi băiat. A petrecut mult timp și a consumat multă energie dorindu-și un penis. Avea nevoie, totuși, de o anume înțelegere și anume aceea că ea, evident o fată, fericită să fie fată, a știut întotdeauna (cu 10% disociere) că, în același timp, a fost băiat. Asociată cu aceasta a fost o certitudine că a fost castrată și lipsită astfel de potențial distructiv și împreună cu aceasta, uciderea mamei, și toată organizarea apărării ei masochiste care era centrală în structura personalității ei.

Este recomandat să revizuiim materialul clinic prezent păstrând în minte acest exemplu de disociere, clivarea elementului feminin în pacientul bărbat. Subiectul poate deveni foarte rapid vast și complex, astfel că trebuie să menționez câteva observații:

a. Spre surprinderea noastră, se poate să avem de-a face cu și să abordăm în analiză partea clivată, în timp ce principala funcționare a persoanei să apară doar în formă proiectată. Este ca și cum am trata un copil doar pentru a constata că cineva l-a tratat pe unul din părinți. Orice variație pe această temă poate fi posibilă.

b. Elementul celuilalt-sex poate fi clivat complet astfel că, de exmpolu, un bărbat nu poate să facă nici o legătură cu celelalte părți clivate. Aceasta se aplică îndeosebi atunci când personalitatea este în general sănătoasă și integrată. Acolo unde personalitatea funcțională este deja organizată în multiple clivaje, se pune mai puțin accent pe „Sunt sănătos” și, deci, mai puțin rezistență împotriva ideii „Sunt fată” (în cazul unui bărbat) sau „Sunt băiat” (în cazul unei fete).

c. Se mai poate întâlni, clinic, o disociere de celălalt sex aproape completă, organizată în relație cu factorii externi și într-o perioadă foarte timpurie, în care se amestecă disocieri mai târzii, organizate ca o apărare, bazate mai mult sau mai puțin pe identificări încrucișate. Realitatea acestor apărări mai târzii poate milita împotriva retrăirii de către pacient, în analiză, a clivajului timpuriu, reactiv.

(Există aici o axiomă, aceea că un pacient se agață mereu de exploatarea gactorilor personali și *interni*, care îi oferă măsura controlului omnipotent, mai degrabă decât ideea unei reacții crude la un factor din mediu, indiferent că acesta ar fi distorsiunea sau eșecul său. Influența mediului, rea sau chiar bună, este inclusă în lucrul nostru ca o idee traumatică, intolerabilă din cauză nu operează în aria de omnipotență a pacientului. A se compara cu plângerea melancolicului că el este responsabil de *tot* răul.

d. Partea clivată a celuilalt sex al personalității tinde să rămână la o anumită vârstă sau să crească, dar încet. Ca și comparație, figurile imaginare din realitatea psihică, internă, matură a persoanei se

inter-relaționează, se maturizează și mor. De exemplu, un bărbat care depinde de fetele mai tinere pentru a-și menține viu self-ul său feminin clivat poate folosi treptat aceasta pentru a alege fete de această vârstă în vederea căsătoriei. Dar când el atinge vârsta de 90 de ani este puțin probabil ca aceste fete astfel utilizate să ajungă la 30. Astfel, într-un pacient bărbat, fata (ascunsă de elementul pur feminin din dezvoltarea primară) poate avea caracteristici feminine, poate avea sâni, să simtă invidie de penis, să rămână însărcinată, să nu aibă organe genitale masculine și chiar să le aibă pe cele feminine și să se bucure de experiențe sexuale feminine.

e. O soluție importantă în acest caz este enunțarea tuturor acestor aspecte în termeni de sănătate psihiatrică. Bărbatul care inițiază fetele într-o experiență sexuală poate foarte bine să fie cel care se identifică mai bine cu fata decât cu el însuși. Aceasta îi dă capacitatea de a trezi în fată sexualitatea și de a o satisface. El plătește însă pentru asta, obținând o prea puțină satisfacție masculină pentru sine, deci plătește în termenii nevoii de a căuta mereu noi fete, acest fapt fiind opus constanței obiectului.

La cealaltă extremă se află impotența. Între aceste două extreme se află întreaga gamă a potenței relative, amestecată cu dependența de diverse tipuri și grade. Ceea ce este normal depinde de așteptările sociale ale oricărui grup social și la un anumit moment. Nu se poate spune oare că la extrema patriarhală a societății actul sexual se află violul, iar că la extrema matriarhală se află bărbatul cu elementul feminin clivat, care trebuie să satisfacă multe femei ca un fel de premiu, chiar dacă în acest fel se anihilează pe sine?

Între extreme se află bisexualitatea și o așteptare a experienței sexuale care este mai puțin decât optimală. Aceasta merge împreună cu ideea că sănătatea socială este mediu depresivă – cu excepția vacanței.

Este interesant că existența acestui element feminin clivat previne practica homosexuală. În cazul pacientului meu, el ceda mereu în fața avasurilor homosexuale în momentele critice, deoarece (după

cum a observat și mi-a spus) practica homosexualității îi restabilește masculinitatea pe care (prin elementul feminin clivat) nu a vrut niciodată să o recunoască ca fiind sigură.

(La persoanele normale, unde bisexualitatea este o stare de fapt, ideile homosexuale nu intră în conflict astfel, în principal pentru că factorul anal (care este de importanță secundară) nu a obținut supremația asupra felației, iar în fantasma uniunii prin felație problema sexului biologic al persoanei nu este importantă.)

f. Se pare că în evoluția mitului grecesc primii homosexuali erau bărbați ce imitau femeile, astfel încât să poată atinge o relație cât mai apropiată cu zeița supremă. Aceasta ținea de era matriarhatului din care sistemul patriarhal de zeități a apărut cu Zeus, ca prim rang. Zeus (simbolul sistemului patriarhal) a inițiat ideea corpului iubit sexual de către bărbat și, împreună cu aceasta, a apărut retrogradarea femeii către o poziție inferioară. Dacă această afirmație istorică este adevărată, ea îmi oferă legătura necesară pentru a putea unifica observațiile mele clinice asupra scindării elementului feminin în cazul pacienților bărbați cu teoria relaționării cu obiectul. (Clivajul elementului masculin în cazul pacienților femei este la fel de importantă, dar ceea ce am de spus despre relaționarea cu obiectul poate fi spus doar prin intermediul unuia din cele două exemple de clivaj).

Rezumat al observațiilor preliminare

În teoria noastră este necesar să permitem atât elementul feminin, cât și cel masculin din băieți și bărbați și din fete și femei. Aceste elemente pot fi scindate unele de altele într-un grad foarte mare. Această idee necesită atât studierea efectelor clinice ale acestui tip de disociere cât și examinarea elementelor distilate, masculine și feminine.

Am făcut câteva observații asupra primului aspect, cel al efectelor clinice; acum aș vrea să examinez ceea ce numesc elementele distilate masculine și feminine (nu persoane masculine și feminine).

Elemente masculine pure și elemente feminine pure

Speculație asupra contrastului în tipurile de relaționare cu obiectele

Să comparăm și să diferențiem elementele nealterate masculine și feminine în contextul relaționării cu obiectele. Vreau să spun că elementul pe care îl numesc „masculin” circulă în termenii relaționării active sau pasive, fiecare fiind împins înapoi de instinct. În dezvoltarea acestei idei, vorbim despre impulsul instinctiv în relația copilului cu sânul și cu hrana, iar apoi în relație cu toate experiențele care implică principalele zone erotice, și cu impulsurile și satisfacările complementare. Sugestia mea este că, prin contrast, elementul pur feminin are legătură cu sânul (sau cu mama) în sensul că *bebelușul devine sânul (sau mama), în sensul că obiectul este subiectul*. Nu pot vedea nici un impuls instinctual aici.

Este de asemenea de amintit utilizarea cuvântului „instinct” care vine din etologie; totuși, mă îndoiesc foarte tare că imprimarea ar fi o problemă care afectează în vreun fel puiul de om. Voi spune aici și acum că întregul subiect al imprimării cred că este irelevant pentru studiul relaționării timpurii a puiului de om cu obiectul. Cu siguranță că nu are nimic de a face cu trauma separării la doi ani, acolo unde a fost presupusă importanța principală.)

Termenul de obiect subiectiv a fost utilizat în descrierea primului obiect, obiectul *nerepudiat încă dreptun fenomen Non-Eu*. Aici, în relaționarea elementului feminin pur cu „sânul”, apare aplicația practică a ideii obiectului subiectiv, iar experimentarea acestuia pavează drumul pentru subiectul obiectiv – adică, ideea de *Self* și sentimentul realului, care vine din senzația de a avea o identitate.

Oricât de complexă ar ajunge eventual psihologia sentimentului de sine (*Self*) și a stabilirii identității pe măsură ce bebelușul crește, nici un sentiment de sine nu apare în afara aceleia legată de sentimentul de A FI. Această percepere a lui a fi este ceva anterior ideii de *a-fi-în-unitate-cu* pentru că nu există încă nimic altceva în afară de identitate. Două persoane separate pot *simți* că sunt în unitate, dar în contextul pe care îl analizez copilul și obiectul *sunt* unul. Termenul „identificare

primară” a fost folosit probabil pentru ceea ce descriu acum, și încerc să arăt cât de importantă este această primă experiență pentru inițierea următoarelor experiențe ale identificării.

Identificările proiective și introiective pornesc amândouă din acest punct, unde fiecare este la fel cu cealaltă.

În creșterea puiului de om, pe măsură ce Eul începe să se organizeze, ceea ce numesc relaționarea cu obiectul a elementului feminin pur stabilește probabil cea mai simplă experiență, aceea de *a fi*. Se poate afla aici o adevărată continuitate a generațiilor, un *a fi* care este trecut de la o generație la alta, prin elementul feminin al bărbaților și femeilor, și al copiilor de sex masculin sau feminin. Cred că asta s-a mai spus, dar întotdeauna din punctul de vedere al femeilor și al fetelor, ceea ce face ca lucrurile să fie confuze. Este ceva legat de elementul feminin atât la bărbați, cât și la femei.

În opoziție, relaționarea cu obiectul în cazul elementului masculin presupune separare. Imediat după ce o organizare a Eului este disponibilă, bebelușul permite obiectului să fie Non-Eu sau separat și experimentează satisfacțiile *Self*-ului care includ mânia legată de frustrare. Impulsul satisfacerii intensifică separarea obiectului de bebeluș și duce la obiectificarea obiectului. De acum înainte, din partea elementului masculin, identificarea trebuie să se bazeze pe mecanisme mintale complexe, cărora trebuie să li se lase timp să apară, să se dezvolte și să se stabilizeze ca parte din noua înzestrare a bebelușului. Din partea elementului feminin, totuși, identitatea necesită atât de puțină structură mintală încât această identitate primară poate fi o caracteristică de foarte de timpuriu, simpla existență poate fi plasată (să spunem) de la data nașterii, sau dinainte, sau imediat după, sau în oricare moment în care mintea s-a eliberat de handicapurile de funcționare datorate imaturității și de vătămarea creierului asociată cu procesul nașterii.

Psihanaliștii au acordat poate o atenție specială acestui element masculin sau aspect impulsiv al relaționării cu obiectul, și totuși au neglijat identitatea subiect-obiect spre care atrag atenția aici, care este baza capacității de a fi. Elementul masculin *face*, în timp ce elementul feminin (în bărbați și femei) *este*. Asta era povestea și cu bărbații din mitul grecesc, care au încercat să fie una cu zeița

supremă. Aceasta este și o modalitate de a expune invidia foarte bine înrădăcinată a unei persoane masculine față de femei, al căror element feminin bărbaii îl iau drept garantat, câteodată în mod greșit.

Se pare că frustrarea ține de căutarea satisfacției. Experienței de a fi îi aparține altceva, nu frustrarea, ci întreținerea. Aș dori să studiez acest amănunt specific.

Identitatea: copilul și sânul

Nu este posibil să expun ceea ce numesc aici relația elementului feminin cu sânul fără a examina conceptul de mamă îndeajuns de bună și pe cel de mamă care nu este îndeajuns de bună.

(O astfel de observație este chiar mai adevărată în această sferă, decât în cea definită de termeni ca „fenomene tranziționale” sau „obiecte tranziționale”. Obiectul tranzițional reprezintă abilitatea mamei de a prezenta lumea în așa fel, încât copilul mic nu trebuie să știe la început că obiectul nu este creat de el. În contextul nostru nemijlocit, putem permite o semnificație totală a adaptării, mama dând bebelușului oportunitatea să simtă că sânul este bebelușul sau nefăcând asta. Aici sânul nu este un simbol al lui *a face*, ci al lui *a fi*).

Această caracteristică de a fi o sursă îndeajuns de bună a elementului feminin trebuie să țină de detalii foarte subtile de tratare; acordând atenție acestor aspecte, ne putem apropia de Margaret Mead și de Erik Erikson, care pot descrie felurile în care grija maternă din diversele tipuri de cultură determină la vârste foarte mici tiparele de apărare a individului și oferă de asemenea planul pentru sublimare. Acestea sunt aspecte foarte subtile pe care le studiem cu referire la *această* mamă și *acest* copil.

Natura factorului de mediu

Mă voi întoarce acum la stadiile foarte timpurii când tiparul este determinat de modul în care mama, în feluri subtile, își tratează copilul. Trebuie să mă refer în detaliu la acest exemplu foarte special, și anume la cel al factorului de mediu. Ori mama are un sân care *este* în așa fel încât bebelușul să

poată *fi* și el atunci când mama și bebelușul nu sunt încă separați în mintea rudimentară a bebelușului, ori mama este incapabilă de a-și aduce contribuția, în care caz bebelușul trebuie să se dezvolte fără capacitatea de a fi, sau o capacitate infirmă de a fi.

(Din punct de vedere clinic, avem de-a face cu cazul bebelușului care trebuie să se descurce cu o identificare cu un sân care este activ, care este un element masculin, dar care nu este satisfăcător pentru identitatea inițială, identitate ce are nevoie de un sân care *este*, și nu de un sân care *face*. În loc de „a fi precum”, acest bebeluș trebuie să „facă precum” sau *să îi fie făcut*, ceea ce din punctul nostru de vedere este același lucru).

Mama care poate face acest lucru foarte subtil nu va produce un bebeluș al cărui *Self* pur feminin să fie invidios pe sân, din moment ce pentru acest bebeluș sânul este el însuși și el însuși este sânul. Invidia este un termen care poate fi aplicabil în experiența eșecului chinuitor al sânului drept ceva care ESTE.

Comparație între elementele masculine și cele feminine

Aceste considerații m-au condus la o afirmație curioasă despre aspectele pur masculin și pur feminin din bebelușul fetiță sau băiețel. Am ajuns să afirm că relaționarea cu obiectul, din punctul de vedere al *acestui element pur feminin, nu are nimic de a face cu impulsul (sau instinctul)*. Relaționarea cu obiectul sprijinit de impulsul instinctual ține de elementul masculin în personalitatea necontaminată de elementul feminin. Această argumentație îmi creează mari dificultăți, și totuși se pare că afirmarea stadiilor inițiale ale dezvoltării emoționale a individului este necesară pentru a separa (nu băieții de fete, ci elementul băiat necontaminat de elementul fată necontaminat. Expunerea clasică referitoare la găsire, utilizare, erotism total, sadism oral, stadii anale etc. provine din considerarea vieții elementului pur masculin. Studiile identificării bazate pe introiecție sau pe încorporare sunt studii ale experienței elementelor masculine și feminine deja amestecate. Studiarea elementului feminin pur ne duce altundeva.

Studiul elementului pur distilat necontaminat feminin ne duce la A FI, iar aceasta formează singura bază pentru auto-descoperire și pentru simțul existenței (și apoi capacitatea de dezvoltare în interior, de a fi un recipient, de a avea capacitatea de a utiliza mecanismele proiecției și introiecției și de a se relaționa cu lumea în termenii introiecției și ai proiecției).

Cu riscul de a repeta, vreau să reafirm: când elementul fată din bebelușul sau pacientul băiat sau fată găsește sânul, se găsește de fapt pe sine însuși / însăși. Dacă se pune întrebarea: ce face fata cu sânul?, răspunsul trebuie să fie că acest element fată *este* sânul și are calitățile sânelui și ale mamei și este dezirabil. De-a lungul timpului, dezirabil înseamnă comestibil și aceasta înseamnă că bebelușul este în pericol deoarece este dezirabil, sau, într-un limbaj mai sofisticat, excitant. A fi excitant implică: pasibil de a determina elementul masculin al cuiva *să facă* ceva. În acest fel, penisul unui bărbat poate fi elementul excitant feminin care să genereze activitatea elementului masculin în fată. Dar (trebuie lămurit) nici o fată sau femeie nu este așa; în condiții de sănătate, există o cantitate variabilă de elemente feminine într-o fată și într-un băiat. De asemenea, este important factorul ereditar, astfel încât este ușor de găsit un băiat care are un element feminin mai puternic decât fata care stă lângă el, ce poate avea mai puțin potențial al elementului feminin pur. Adăugați la aceasta capacitatea variabilă a mamelor de a transmite dezirabilitatea sânelui bun sau a unei părți din funcția maternală simbolizată de sânul bun, și se poate observa că unii băieți și unele fete sunt destinați-destinate să crească cu o bisexualitate asimetrică, încărcată pe partea greșită a înzestrării lor biologice.

Îmi amintesc de întrebarea: care este natura comunicării pe care Shakespeare o oferă în conturarea personalității și a caracterului lui Hamlet?

Piesa *Hamlet* tratează în principal dilema îngrozitoare în care se găsește Hamlet, și nu există soluție din cauza clivajului care se petrece în el ca mecanism de apărare. Ar fi plăcut să ascuți un actor care îl joacă pe Hamlet având în minte acest aspect. Acest actor ar spune într-un mod anume primele rânduri din faimosul monolog: „A fi sau a nu fi...” Ar spune ca și cum ar încerca să ajungă

la capătul a ceva ce nu poate fi măsurat „A fi... sau...”, și apoi ar face o pauză, pentru că de fapt personajul Hamlet nu cunoaște alternativa. În sfârșit ar ajunge la banala alternativă „... sau a nu fi”; și apoi ar fi departe într-o călătorie care nu duce nicăieri. „Mai nobil e să-nduri în cuget, oare/ Săgeți și prăştii ale-ursitei rele / Sau apucând o armă tu să curmi al /Restriştilor noian?”. (Actul III, scena I)

Aici, Hamlet a mers spre alternativa sado-masochistă și a lăsat deoparte tema cu care a început. Restul piesei este o lungă elaborare a expunerii problemei. Vreau să spun: Hamlet este descris în acest stadiu căutând alternativa la ideea „a fi”. Caută o modalitate de a afirma clivajul între elementele sale masculine și feminine care a avut loc în personalitatea sa, elemente care au trăit în armonie până în momentul morții tatălui său, fiind doar aspecte ale persoanei sale înzestrate din plin. Da, inevitabil scriu ca și cum aş scrie despre o persoană și nu despre un personaj.

Așa cum văd eu lucrurile, acest monolog este dificil deoarece Hamlet nu a găsit cheia dilemei lui – de când a apărut în starea lui schimbată. Shakespeare avea cheia, dar Hamlet nu a putut avea acces la piesa lui Shakespeare.

Dacă piesa este privită în acest fel, este posibilă utilizarea atitudinii schimbate a lui Hamlet față de Ofelia și a cruzimii lui față de ea ca o imagine a respingerii dure a propriului element feminin, acum clivat și transmis ei, cu elementul masculin nedorit amenințând să pună stăpânire pe întreaga lui personalitate. Cruzimea față de Ofelia poate fi o măsură a rezistenței lui de a abandona elementul feminin scindat.

Astfel, *piesa* (dacă Hamlet ar fi putut-o vedea sau citi) ar fi putut să îi arate natura dilemei lui. Jocul din piesă nu a putut face asta, și aş spune că a fost pus în scenă de el pentru a învia elementul său masculin care a fost provocat la maxim de tragedia în care a fost implicat.

Se poate considera că aceeași dilemă în Shakespeare însuși prezintă problema pe fondul conținutului sonetelor. Dar aceasta va ignora sau chiar insulta caracteristica principală a poemelor – și anume poezia. Într-adevăr, așa cum profesorul L.C. Knights a insistat, este prea ușor să uităm de poezia pieselor în alcătuirea *dramatis personae* ca și cum ar fi persoane istorice.

Rezumat

1. Am examinat implicațiile, pentru mine și pentru munca mea, ale noului grad de recunoaștere al importanței disocierii, în anumiți bărbați și în anumite femei, și a părților din personalitatea lor care se bazează pe acestea.

2. Am analizat elementele masculine și feminine, disecate artificial, și am aflat că, pentru moment, asociez impulsul legat de obiecte (precum și vocea pasivă a acestuia) cu elementul masculin, în timp ce caracteristica elementului feminin este, în contextul relaționării cu obiectul, identitatea, oferirea bazei de a fi bebelușului și, mai târziu, a baza pentru sentimentul de Sine (*Self*). Dar am aflat că aici, în dependența absolută față de disponibilitatea maternă pentru acea calitate deosebită prin care mama întâmpină sau nu reușește să întâmpine funcționarea timpurie a elementului feminin, putem căuta baza experienței de a fi. Am scris: „Nu are rost să folosim cuvântul *Self* pentru fenomene care nu sunt acoperite, catalogate, experimentate și eventual interpretate de funcționarea Eului.”⁵¹

Acum aș vrea să spun: „După a fi - a face și a fi făcut. Dar întâi, a face.”

Notă suplimentară despre subiectul furtului

A fura ține de elementul masculin din fete și băieți. Se pune problema: ce corespunde acestuia în termenii elementului feminin din băieți și fete? Răspunsul ar fi că din punctul de vedere al acestui element, individul uzurpă poziția mamei și locul sau îmbrăcămintea ei, derivând astfel dezirabilitatea și seducerea furate de la mamă.

II. Material clinic

După un week-end lung, în care pacientul a avut de-a face cu realitatea externă, el a venit foarte încărcat de aceasta, dar interesul său referitor la aceste detalii a început să scadă curând. A spus: „Pare că a trecut mult timp de la ședința de joi.” Am spus: „Da, a trecut mult de când v-a venit ideea scutecelor”. S-a întors la ședința de joi și a spus că nu l-a părăsit sentimentul acestor trei zile de analiză, în ciuda tuturor lucrurilor care se întâmplaseră. De aici a continuat încet și clar în direcția începută săptămâna trecută. Tema care s-a dezvoltat a fost exploatarea laturii sale feminine. A știut întotdeauna destule despre elementul homosexual și a relatat destule fantasme compulsive despre a fi femeie. Aici a ajuns totuși la un aspect nou al acestei probleme, unul care părea că ar putea fi productiv. A venit cu o idee în care nu există nici o soluție, nici o posibilitate de schimbare.

În interpretarea mea, am spus în cele din urmă că, dacă a fost un bebeluș tratat de mama lui așa cum am reconstruit împreună, nu a avut nici o ieșire, nici o alternativă, decât aceea de a exploata fiecare părțică a sa ca fiind femeie și de a dori să fie astfel. Orice fel de protest în acest stadiu timpuriu ar fi fost complet zadarnic.

Treptat, a ajuns la ideea de a scăpa de mama sa, de atitudinea ei și de scutec, dar important era că aducea în ședință o neajutorare absolută. Putea, bineînțeles, să trateze magic situația. Putea să-și părăsească corpul și să se elibereze de scutec în acest fel. Fizic, totuși, nu avea nici o alegere. Când și-a dat seama de asta, a fost foarte dureros pentru el, dar totuși l-a determinat să poată dezvolta o temă a existenței în el însuși a unui element care se simte femeie. În această privință, poziția organelor sale genitale era o complicație incomodă și ceva în care nu credea; i-am amintit de pistolul de jucărie pe care, în visul lui, îl lăsase pe pat la parter în timp ce el urca spre pod.

De aici, am ajuns la relația cu mama sa, în termenii unei relații mamă-fiică, iar pacientul a dezvoltat această temă privind relația sa cu actuala lui prietenă, cu care impotența lui nu este importantă și, de fapt, este atât cât ar fi și potența lui, deoarece relația este de calitate a unei relații dintre două femei.

⁵¹ “Integrarea Eului în dezvoltarea copilului” (1962) în “*Procesul de maturizare și mediul facilitator*” (Londra; Hogarth

În a doua ședință dintre cele trei din săptămâna respectivă, pacientul a mers repede înapoi la analiză și la acest aspect nou, la abilitatea de a lua în considerare *Self*-ul său feminin. Ajungea destul de greu la detalii și am făcut câteva interpretări, amintindu-i de alternativa care era absolut negativă, în sensul inexistenței vreunei posibilități de a se descurca cu ea. Alternativa însemna eliminarea mamei lui, într-un stadiu foarte timpuriu al copilăriei sale, și nu era capabil de asta decât în mod magic, ceea ce nu ne folosea. Pentru un moment, pacientul a încercat să mă urmărească, dar după aceea a spus că această nouă poziție în care se afla legată de *Self*-ul său feminin era deosebit de importantă pentru el și că avea nevoie de timp de a rămâne în ea și a descoperi ce este de găsit acolo. Anumite lucruri destul de subtile au ieșit la iveală, cum ar fi acela că a descoperit că nu își atingea pieptul, gândind: „El va crede că mă joc cu sânul meu”. Era evident că gradul experimentării sale ca femeie era extrem și că nu își permisese niciodată până acum să ajungă în această poziție. Simțea deseori că trebuie să își reorganizeze apărările și rezistența și că trebuie să iasă din această poziție ciudată. Din când în când, protesta împotriva fostei lui analiste, o femeie care nu putuse să atingă acest lucru în el care acum apărea a fi atât de important. Nu că ar fi fost ceva total inconștient.

I-am alocat întreaga oră pentru explorarea acestor fenomene, iar la un moment dat a ajuns la enunțarea a ceva foarte dificil în legătură cu soția lui. Nu a știut atunci când s-a însurat cu ea că va afla că ea are o perversiune ce corespunde exact aspectului ce poate deveni atât de ușor o perversiune în el însuși. Ea consideră că este deosebit de excitant din punct de vedere sexual dacă el arată fiecă manifestare a sinelui său feminin, cum ar fi mâncatul în exces în vacanțe pentru a avea o burtică mare. Aici era un pericol foarte mare și sursa fricii sale de soția lui. Acesta a fost probabil detaliul cel mai important care a ieșit la iveală din experiența acelei ore.

A treia oră s-a desfășurat dimineața, când a venit în urma unei experiențe de peste noapte de la el acasă. Și-a dat seama că este mult mai puțin speriat de soția lui. Se întâmplaseră lucruri exasperante,

dar el era mai puțin exasperat. A regăsit repede atmosfera din celelalte două ședințe și a făcut o pauză. În acest moment, în mintea mea a răsarit cuvântul „batjocură”. Mă exprim astfel deoarece cred că ar putea fi o discuție utilă în jurul chestiunii pe care urmează să o descriu. Se referă la procesele inconștiente ale analistului. Eram aproape pregătit să lansez ideea de batjocură, dar, uitându-mă în jur, mi-am dat seama exact de unde vine. Avea de-a face cu atitudinea soției lui și, deci, a mamei sale, în legătură cu manifestarea *Self*-ului său feminin. Am lăsat această idee să dispară și, examinând situația, am constatat că puteam veni cu o interpretare a batjocurii. Am fost ajutat de material, cum ar fi secretul păstrat asupra acestui aspect al său. Mi-am permis să spun interpretarea pe care o aveam în minte, și anume, că pericolul, din punctul lui de vedere, era ca soția sa (mama sa) vor râde de el din cauza acestui *Self* feminin al său.

Datat 1963

Pacientul a venit foarte târziu, ceea ce este deosebit de neobișnuit. Era foarte mânios și furios, plin de o imensă ură față de soția lui, plin de detalii. Probabil lucrul cel mai dificil a fost când ea, în mijlocul a toate cele, a spus: „Îmi pare rău, am fost atât de îngrozitoare.”, el a avut o reacție sexuală pe care a trebuit să o ascundă și a trebuit să plece cât mai repede posibil.

Se părea că acest conflict era responsabil pentru multă mâhnire. Cu prietena lui avusese niște jocuri ca și cum ar fi fost fiica lui, dar ea le interpretase ca ură, iar asta îl doborâse. Își dăduse seama că se gândea la auto-distrugere.

Întreaga oră a fost confuză și nici o interpretare de-a mea nu a fost de folos. Pacientul era exasperat. Până la urmă, a fost de un oarecare folos interpretarea mea că analiza a continuat în relația sa cu soția, dar că aici, totuși, indiferent de ceea ce a fost altădată, lucra cu exasperarea sa legată de mama lui și cu totala lui neajutorare față de ea, în afară de această metodă cu care aproape că a pierdut contactul acum, dar care a fost atât de importantă săptămâna trecută, respectiv exploatarea totală a *Self*-ului său feminin.

În cele din urmă, a simțit că am tratat cu adevărat situația atunci când i-am spus că relația de acasă e aproape la fel ca relația cu mama lui, în care nu există vreun bărbat și deci el nu poate ajunge la mine, pentru că nu are rost, fiindcă nu există un bărbat. Fără îndoială că acolo nu există un tată pe genunchii căruia poți sta uitându-te la mama ta etc.

Exact de asta avea nevoie pacientul, dar mi-a luat întreaga oră să ajung acolo și, pe parcursul acestei ore, am făcut multe interpretări false, multe dintre ele foarte inteligente, fiecare făcându-mă mai ridicol (tema batjocurii).

Întâmplător, exista această temă ciudată pe care o simțea acest bărbat, anume că, dacă el ar fi avut contact sexual cu soția sa, și chiar dacă el ar fi fost satisfăcut și chiar dacă soția ar fi fost satisfăcută, aceasta nu s-ar fi putut, pentru că ar fi însemnat că îi era necredincios amantei lui, cu care oricum avea o relație foarte neclară bărbat-femeie, și că, de fapt, el renunță la această relație pentru că nu este satisfăcătoare și chiar pentru că este o relație între două femei. Spre sfârșit, am aflat împreună că îi este teamă să răspundă oricui cu contact sexual, respectiv teama că voi fi indus pe o pistă falsă. Putea avea oare încredere în mine că nu se află în acel punct al dezvoltării în care teama sa fi justificată? Așadar, în transfer, are de-a face cu soția lui, care este de fapt mama lui, iar asta mă elimină pe mine și face imposibil ca el să ajungă la mine ca bărbat.

Datat 1963

Pacientul a venit și a descris numeroase tulburări nervoase care erau foarte puternice. Era ca și cum am fi ajuns la ceva nou, iar acest fapt îi plăcea întotdeauna acestui pacient. Dacă spun ceva nou sau care ajută, sau care este oarecum adevărat câștig încrederea lui, asta produce imediat un efect benefic datorită incapacității lui de a crede într-un tată puternic, decât dacă experimentează ceva care să sprijine această încredere. Este un lucru bine cunoscut în acest caz faptul că efectul imediat

al oricărei interpretări, dacă este cât de cât bună, este mai mare decât garanția interpretării în sine. Până la urmă, desigur că plătim pentru aceasta, iar deziluzia apare din cauza îmbunătățirii limitate care rezultă din munca făcută. Aceasta s-a întâmplat de foarte multe ori și amândoi știm totul despre aceasta. Aici este vorba despre simptomul major sau, poate, ar trebui să spun simptomul care este cel mai clar, stânjeneala lui extremă legată de faptul de a purta ochelarii. Există o lungă istorie legată de acest aspect, iar subiectul a fost în suspensie din moment ce s-a lucrat mult asupra lui și asupra nenumăratelor modalități prin care ochelarii simbolizează obiecte pereche, îndeosebi sâni. Acesta este singurul simptom despre care spune că nu i-a spus soției sale.

Cu această ocazie, exista un motiv pentru a arăta că în circumstanțele descrise, ochelarii erau un simbol falic, și aceasta a fost prima dată când au apărut astfel. Sunt, bineînțeles, și simbol al sânilor. Ora ar fi putut continua tot așa, pe acest traseu, și nu ar fost o problemă umplerea întregii ore cu dezvoltarea acestei teme. Totuși, întâmplător, pacientul mi-a spus azi despre un vis care m-a făcut să mă îndrept în altă direcție. A visat că dansa pe apă și se mira de ce nici unul din oamenii din jurul lui nu puteau face asta. Cu alte cuvinte, alți oameni s-ar fi înecat. Mi-a spus de acest vis în așa fel încât visul putea trece ușor neobservat pe lângă celelalte materiale. Interpretând, am subliniat că acesta era un exemplu al felului în care toate aceste simptome mai degrabă nevrotice apăreau iar și iar pentru a fi analizate ca o apărare împotriva unei angoase de altă natură, o apărare împotriva angoasei psihotice. Am spus că, din punctul meu de vedere, cel mai important în acea oră a fost visul, care indica negarea căderii fără sfârșit sau poate înecarea a ceea ce simbolizează aceasta.

Pacientul a fost dat peste cap de faptul că am pătruns dincolo de apărarea lui. La început a fost enervat, dar apoi a devenit foarte încântat pentru că am spus ceva nou, important și care era de ajutor. Ca de obicei rezultatul era exagerat, din cauză că, interpretând în mod semnificativ, îi dovedeam cel puțin că era un om viu și potent, ca un analist. A spus că asta era cumva asemănător cu a bea whiskey și nu putea înțelege că dacă era angosat din cauza dezintegrării, căderii și depersonalizării, atunci cum putea s-ar putea produce aceste simptome după ce bei whiskey. Am

interpretat asta ca pe o încercare din partea lui de a controla toate angoasele dezintegratoare, prin producerea lor în modul ordonat și binecunoscut, prin acțiunea alcoolului, ceea ce include recuperarea din starea alcoolică.

Nu l-am putut vedea pe pacient în ziua următoare. A fost supărat pentru asta, dar nu a avut importanță pentru analiză. Probabil că asta a contribuit la absența lui din ziua următoare, miercuri. Joi a venit și mi-a spus că este extrem de important că am făcut acea interpretare luni. Marți a fost la o petrecere cu multe fantome din trecut; cu alte cuvinte, a întâlnit multe figuri importante de homosexuali, care aparțin de era periculoasă a homosexualității sale, de pe vremea când avea 25 de ani. S-a simțit foarte fals și penibil prezentând-o pe soția la unui fost partener sexual. Dacă aș fi lăsat interpretarea acestor angoase profunde până ce el s-ar fi întâlnit cu acești oameni, ar fi fost improbabil să fi ajuns acolo unde am ajuns luni. Și viceversa, era foarte important pentru el că marți a simțit că „m-am ocupat de asta luni împreună cu analistul meu”. De aici, am continuat cu o disecare a negării din visul dansului pe Dunărea Albastră. Scufundarea în apă însemna pentru el, așa cum am văzut împreună, a se lăsa pradă amăgirilor, nebuniei. În stadiul de marți, însemna să știe mult mai clar și în sens mai profund decât înainte că este femeie. Din această poziție, și-a dat seama că mă place și că probabil este îndrăgostit de mine. Asta însemna că acum poate iubi pe cineva, iar asta explică de ce nu a putut să își permită să fie în poziția homosexuală înainte, retrăgându-se întotdeauna la momentul critic și aruncându-se în trei căsătorii.

Toate astea păreau foarte reale pentru el și le compara cu munca pe care o depuseserăm împreună, care, de asemenea, era neîndoiește corectă, asupra relaționării infantile cu obiectul din stadiile timpurii, ceea ce a dus înainte de faza prezentă la abordarea, de o manieră mai degrabă prudentă, a unui interes oral pentru organele genitale masculine. În analiza acestui bărbat, ideea felației era foarte ciudată și îndepărtată de cazul său, ceva despre care se putea vorbi, dar fără a aminti de sentimentul său că asta avea mare legătură cu el.

III. Răspuns la comentarii

Scris între 1968-1969

Prima mea reacție la citirea comentariilor aduse lucrării mele este de încântare că subiectele pe care le-am discutat au stimulat discuțiile. Le sunt recunoscător celor care le-au discutat pentru efortul depus.

Intenția mea nu este să răspund în detaliu pentru că eu consider că cititorul este cel care trebuie să aprecieze aici. Aș vrea să fac următoarele trei tipuri de comentarii asupra a ceea ce a fost scris:

A

În lucrarea mea, centrală a fost experiența clinică pe care eu am avut-o în cazul descris. Inițial am vrut să dau mai multe exemple de experiențe comparabile care să ilustreze aceste probleme nu numai pentru alți pacienți, dar și pentru pacienți de sex opus. Era evident, totuși, că prea mult material clinic ar fi distras de la principalul subiect pe care vroiam să îl expun prin acea lucrare - și ar fi lungit-o prea mult.

Sunt, bineînțeles, conștient de acceptarea universală a bisexualității în teoria psihanalitică. Am atras atenția asupra gradului mare de clivaj ce poate fi găsit referitor la identificările masculine și feminine. Nu este nimic nou aici. Punctul cel mai important al comunicării mele necesită, după părerea mea, să tratăm factorul mediu în termenii transferului. S-ar putea spune că pacientul căuta tipul potrivit de analist nebun și, pentru a îndeplini aceste nevoi ale lui, a trebuit să îmi asum acest rol. Acest detaliu anume este, după părerea mea, o parte importantă a lucrării mele, o chestiune privind manevrarea transferului și tensiunea sentimentelor contra-transferențiale produse prin acceptarea rolului atribuit.

B

Trecerea mea de la materialul clinic la discuția teoretică poate genera fără îndoială confuzie. Imediat după trecerea la teorie, se părăsește ceea ce este sigur și se începe o relație cu tot ceea ce a fost scris

legat de același subiect, deși nu se poate pretinde cuiva să fie în contact cu toată literatura. Este nevoie, totuși, de enumerarea altor mecanisme implicate atunci când un pacient manifestă caracteristici sexuale, altele decât cele justificate de sexul său biologic. Există aici o întreagă gamă de fenomene simple sau complicate, care includ tratarea foarte timpurie și, în afară de aceasta, ereditatea. Printre mecanismele complicate se numără identificarea încrucișată, care poate constitui aproape întreaga organizare a apărării. Pe de altă parte, chiar identificările încrucișate pot fi determinate de așteptări venite din partea mediului. În pacientul meu exista la extrem nevoia inconștientă a mamei de a avea o fată, ceea ce a determinat un anume tratament față de copilul ei în stadiile timpurii. Rezultatul a fost că pacientul meu, deși sigur de identitatea sa masculină, a adus-o cu el numai până în momentul analizei în care i-am descris convingerea mea că, pentru a avea o relație cu mama lui, trebuia să fie fată. Cu alte cuvinte, nebunia venea în acest caz din partea mamei și nu a pacientului, deși, din punct de vedere clinic, pacientul se simțea nebun și nu se putea elibera de psihoterapie, constrâns să continue, deși știa că este fără speranță. S-a întâmplat că modul șocant în care am manipulat transferul, în termenii analistului nebun, l-a eliberat de această fixație teribilă la psihoterapie.

C

Urmărind considerațiile acestor detalii teoretice, am permis gândurilor mele să mă conducă spre conceptul de element masculin și feminin în fete și băieți. Am considerat că acest mod de a gândi, care era oarecum nou pentru mine, a însemnat mult, astfel încât în considerarea acestui gen de problemă nu mă mai gândeam la fete și băieți sau la femei și bărbați, ci la elementele masculine și feminine care aparțineau fiecăruia. Aceasta m-a făcut să gândesc că termenii „activ” și „pasiv” nu sunt potriviți în această sferă. Activ și pasiv sunt două fețe ale aceluiași lucru, privitor la alt tip de considerare, care merge mai adânc și este mai primitivă. În încercarea de a formula aceasta, am ajuns să compar *a fi* cu *a face*. În extremă, am descoperit că analizam conflictul esențial al omului, unul care trebuie să fie operativ la o dată foarte timpurie; acela dintre a fi obiect care are de

asemenea proprietatea de a fi și, prin contrast, o confruntare cu obiectul care implică activitate și relaționare cu obiectul care este sprijinită de instinct sau impuls.

Aceasta s-a dovedit a fi o nouă enunțare a ceea ce încercam să demonstrez anterior în termenii obiectului subiectiv și ai obiectului care este perceput obiectiv, și am reușit să reexaminez, pentru propriul meu beneficiu, efectul deosebit asupra puiului de om imatur al atitudinii mamei și apoi a părinților în termenii adaptării la nevoi. Cu alte cuvinte, am reexaminat mișcarea spre principiul realității dinspre... ce? Nu am fost niciodată mulțumit de cuvântul „narcisic” în acest context, deoarece întregul concept al narcisismului lasă deoparte diferențele foarte mari care rezultă din atitudinea generală și comportamentul mamei. Așa că am rămas cu o încercare de a exprima într-o formă extremă diferența dintre a fi și a face.

Baza pentru comentariul ulterior a constituit-o separarea totală a ideii de băieți și fete sau bărbați și femei de ideea celor două principii fundamentale, cele pe care le numesc element masculin și element feminin. Presupun că de aici se naște confuzia, dar nu mă pot retrage în acest stadiu al argumentării. Ceea ce vreau este să continui explorarea. Vreau să ajung dincolo de toate complicațiile sexului încrucișat, ale identificărilor încrucișate, și chiar ale așteptărilor încrucișate (în care bebelușul sau copilul poate doar să se completeze unui părinte, în termenii sexului altul-decât-cel-biologic) și vreau să ajung acolo unde mă simt atras. Vreau să tratez într-o modalitate nouă un concept care are fără îndoială rădăcini în scrierile altor analiști.

Vreau să ajung la afirmarea unei dileme fundamentale în relaționare:

- a. Bebelușul *este* sânul (sau obiectul, sau mama, etc.); sânul este bebelușul. Acesta este finalitatea extremă a lipsei inițiale de stabilitate, din punctul de vedere al copilului, al obiectului ca Non-Eu, în locul în care obiectul este 100% subiectiv, unde (dacă mama se adaptează îndeajuns de bine, și nu altfel) bebelușul *experimentează* omnipotența.
- b. Bebelușul se confruntă cu un obiect (sân etc.) și are nevoie să se înțeleagă cu el, cu puterile limitate (imature), de felul celor care sunt bazate pe mecanismele mintale ale identificărilor

proiective sau introiective. Aici trebuie observat din nou că experiența fiecărui copil depinde de factorul de mediu (atitudinea, comportamentul mamei etc.)

În construcția acestui concept, care se referă la problema universal umană, se poate observa că bebelușul = sânul este o chestiune care ține de a fi, nu de a face, în timp ce, din punctul de vedere al confruntării dintre bebeluș și sân, a face este implicat.

În psihopatologie, unele dintre cele mai mari piedici pe drumul către implicările instinctuale – sau care țin de impuls – apar când pacientul = obiectul, se schimbă violent în pacient, se confruntă și este confruntat cu obiectul, implicând o schimbare dintr-o apărare comodă într-o poziție de angoasă extrem de intensă și o conștientizare bruscă a imaturității. Nu pot evita aceasta, dar chiar în acest stadiu se pare că am abandonat firul conducător (elementele masculine și feminine) prin care am ajuns la locul unde am avut această viziune.

29

Conceptul de regresie clinică comparat cu cel de organizare defensivă

O lucrare prezentată la Simpozionul de Psihoterapie de la Spitalul McLean, Belmont, Massachusetts, 27 octombrie 1967⁵²

Este necesar să îmi clarific poziția încă de la început. În această lucrare nu pornesc de la experiența clinică specializată referitoare la managementul spitalicesc al pacienților schizofreni. Experiența mea clinică cu cazurile de adulți este cea a unui psihanalist care, fie că îi place sau nu, este implicat în tratamentul pacienților *borderline* și al celor care devin, poate pe neașteptate, schizoizi în timpul tratamentului.

⁵² Publicată la Ed. Eldred and Vanderpol, *Psychotherapy in the Designed Therapeutic Milieu*, International Psychiatry Clinics, vol. 5, nr. 1 (Boston: Little, Brown, 1968).

În practica mea de psihiatrie a copilului, totuși, am avut în grijă tot soiul de cazuri și am urmărit și autismul sau schizofrenia în dezvoltarea copilului, ceea ce justifică acceptarea acestei invitații pentru care mă simt onorat.

Aș dori să îmi permiteți să colind în jurul câmpului teoretic, neîmpovărat de aceste cazuri care aparțin mai degrabă practicii, decât unei conferințe. Putem adopta această conduită, cred eu, fără să ne îndepărtăm de sursa muncii noastre, care trebuie să fie întotdeauna oamenii care vin la noi, sau care sunt aduși la noi din cauza dificultăților vieții.

Cred că este o idee bună să folosesc această ocazie pentru a pune puțină ordine în interrelația dintre două idei, una despre schizofrenie ca regresie, cealaltă despre schizofrenie ca organizare defensivă. Se poate întâmpla ca, practicând astfel gamele și arpeggiile mele, să pot aduce material pentru discuție. Nu mă preocupă să fiu original și nici să citez din alți autori sau alți gânditori (nici chiar din Freud).

Pentru aceia a căror muncă îi conduce în direcția tratamentelor fizice, trebuie să spun că voi ignora aici acest aspect, pur și simplu pentru că orice ar fi cunoscut sau s-ar fi descoperit despre biochimia sau neuropatologia sau farmacologia schizofreniei, vor exista mereu pacienți, persoane ca noi, cu o istorie – în fiecare caz – a debutului bolii lor, cu o serie de eforturi și suferințe personale și cu un mediu care este pur și simplu rău sau bun, sau atât de confuz încât poate fi greu de relatat.

Ceea ce am eu de spus, totuși, nu va fi nici în favoarea și nici împotriva specialiștilor în aspectele fizice ale tulburării; iar dacă nu reușesc să mă refer la munca psihologului, pur sau academic, trebuie să mă înțelegeți, deoarece sunt interesat de altceva.

Pentru a examina teoria schizofreniei, trebuie să deții o teorie eficientă asupra dezvoltării emoționale a personalității. Este un teren atât de vast încât nu voi putea să îl parcurg decât în linii mari. Trebuie să admit teoria generală a continuității, a unei tendințe înnăscute de creștere și evoluție personală, precum și teoria bolii mintale ca o piedică în dezvoltare. Ultimul aspect se referă la ideea unei mișcări spre vindecare – respectiv, dacă apare un blocaj în dezvoltare, va urma apoi o creștere datorită forțelor intense ce țin de tendințele înnăscute ale ființei umane.

De asemenea, pot afirma că descrierea dezvoltării bebelușului și a copilului în termenii unui progres al zonelor erogene, descriere ce ne este utilă în tratamentul psihonevrozelor, nu ne este atât de utilă în contextul schizofreniei, așa cum este ideea de progres de la dependență (la început aproape absolută) spre independență – un subiect pe care l-am tratat în detaliu în diverse lucrări⁵³.

Aici plătim întregul tribut resurselor din mediu, de exemplu, naturii mamei prin modul în care îi prezintă lumea copilașului său, care nu cunoaște nimic. La început, factorului mediu i se acordă întreaga valoare, dar totuși numai după tendințele ereditare ale bebelușului. Pe măsură ce copilul își dobândește autonomia și achiziționează o identitate și se simte real, și percepe obiectiv mediul ca fenomen separat, mediul rămâne (în starea de sănătate) treptat în plan secundar, cu excepția faptului că în boală – precum în schizofrenie – trebuie să ne amintim întotdeauna că *mediul poate continua să fie un factor advers din cauza eșecului individului de a obține suficientă autonomie*.

Nu am putea continua să pătrundem în esența teoriei dezvoltării personale aici și acum, chiar dacă nimic nu ar putea fi mai relevant pentru această temă.

În ce mă privește, cheia conflictului care subîntinde boala pe care o numim psihonevroză stă în individ. Analistul unui pacient psihonevrotic este implicat, după cum bine se știe, în analiza inconștientului refulat al pacientului.

Dimpotrivă, acolo unde se instalează schizofrenia, analistul, sau oricine îl tratează pe pacient sau conduce cazul, este implicat în elucidarea unui clivaj în persoana pacientului, a extremei unei disocierii. *Clivajul ia locul inconștientului refulat din cazul nevroticului*.

Am încercat să clarific ideile mele pe această temă îndeosebi în „Psihoze și îngrijirea copilului”.

Ofer aici o diagramă a ideii mele referitoare la clivajul din psihoze, dar, din punct de vedere clinic,

⁵³ Vezi “Psychoses and Child Care” (1952), în *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (Londra: Tavistock, 1958; New York: Basic Books, 1975; Londra: Hogarth Press, 1975); și trei articole din *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (Londra: Hogarth Press; New York: International Universities Press, 1965): “The Theory of the Parent-Infant Relationship” (1960), “From Dependence Towards Independence in the Development of the Individual” (1963) și “Dependence in Infant-Care, in Child-Care and in the Psycho-Analytic Setting” (1963).

clivajul, fiind parțial, poate apărea în diverse forme de disociere, precum *Self*-ul adevărat și *Self*-ul fals⁵⁴, ca și clivajul între sfera intelectuală și sfera psihosomatică⁵⁵.

Evident, natura disocierii, așa cum apare clinic, poate fi influențată de natura așteptărilor din partea mediului, astfel că pacientul poate suferi din cauza așteptărilor patologice din mediu. Părinții ar fi dorit un copil de sex opus, de exemplu, sau poate ar fi dorit un geniu, sau un copil care să nu aibă impulsuri agresive. Aceste așteptări patologice pot accentua potențialul disocierilor din individ.

Toate acestea sunt bine cunoscute și acceptate. Ceea ce urmează este mai puțin sigur, dar voi continua să folosesc limbajul dogmatic.

Clivajul într-o personalitate apare și se organizează din cauza eșecului mediului. A existat un eșec al „mediului general așteptat”. În termenii mei, un bebeluș este de obicei îngrijit de o mamă „îndeajuns de bună”. Ei bine, fie o mamă îndeajuns de bună a eșuat (poate că era bolnavă), fie nu a fost îndeajuns de bună. Eu nu voi aduce acuze, ci caut doar etiologia.

Aceste aspecte sunt mai ușor aplicabile în schizofrenia infantilă sau din copilăria timpurie, dar trebuie să găsim o cale de a le aplica la schizofrenia adolescentului și a adultului, chiar și atunci când pare că lucrurile merg bine în copilăria timpurie, iar tulburarea se manifestă clinic doar mai târziu. Fapt e că dependența timpurie continuă să aibă semnificație, îndeosebi în adolescență, și poate că, sub o formă deghizată, întreaga viață. (De exemplu, dependența de o dogmă religioasă nu ar apărea niciodată dacă nu ar fi susținută de o anumită experiență.)

Pentru mine, o mamă îndeajuns de bună și niște părinți îndeajuns de buni, și o casă îndeajuns de bună le oferă de fapt bebelușilor și copilașilor mici *experiența de a nu fi fost niciodată în mod semnificativ abandonați*. În acest fel, majoritatea copiilor au șansa de a dezvolta capacitatea de a crede în ei înșiși și în lume – ei construiesc o structură pe baza acumulării experiențelor de fiabilitate introiectate. Ei sunt cu totul inconștienți de marea lor șansă și li se pare greu să-i înțeleagă pe camarazii lor care duc cu ei, pe viață, experiențe de o angoasă de negândit și un deficit în

⁵⁴ Vezi “Ego Distorsion in Terms of True and False Self” (1960), in *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*.

domeniul fiabilității introiectate. Printre aceștia din urmă, boala, atunci când apare, ia forma pe care o numim mai degrabă schizofrenie decât psihonevroză sau depresie.

Trebuie să inserez aici o notă, în pofida deciziei mele de a lăsa deoparte tot ce nu este necesar pentru expunerea temei mele principale; aceasta se referă la faptul că eșecurile în fiabilitatea mediului în stadiile timpurii produc în bebeluș fracturi ale continuității personale, din cauza reacțiilor la neprevăzut. Aceste evenimente traumatice aduc cu ele angoasa de negândit sau o durere imensă⁵⁶.

Am ajuns acum la punctul în care trebuie să mărturisesc că am considerat cândva schizofrenia și tipurile schizoide ale tulburării clinice ca regresii, și deci m-am alăturat vânătoarilor de puncte de fixație. Era un rest din vânătoarea de vrăjitoare care însoțea tentativa de a defini etiologia nevrozei în diversele sale manifestări.

Atitudinea mea s-a schimbat atunci când am constatat că trebuie să iau în considerare două tipuri de regresie – una este pur și simplu o întoarcere într-o direcție opusă mișcării de dezvoltare. Vedem apărând trăsături regresive și ne dăm seama că mecanismele de creștere ale individului s-au blocat. Celălalt tip de regresie este cu totul diferit, deși poate părea similar din punct de vedere clinic. În al doilea tip, pacientul regresează din cauza unor noi resurse ale mediului care permit dependența.

Îmi amintesc de o doamnă, nu foarte neobișnuită, care continua să meargă destul de bine, în pofida intensei angoase și a insomniilor frecvente, până când a găsit în cele din urmă o menajeră foarte adecvată ei; în acel moment, s-a refugiat în somn și s-a odihnit, cum se spune. Substituim „menajeră” cu „îngrijire mintală” și atunci „odihnă” devine „depresie schizoidă”, plus banii plătiți pentru asta.

Cu alte cuvinte, am constatat că în studiul fenomenelor schizoide am folosit cuvântul „regresie” în sensul de *regresie la dependență*. Nu m-a mai preocupat dacă pacientul dădea înapoi și în sensul zonelor erogene.

⁵⁵ Vezi “Mind and It’s Relation to the Psyche-Soma” (1949), in *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*.

Aceasta m-a condus la a considera boala pacientului ca o expresie a elementelor *sănătoase* din personalitatea lui, atunci când regresia este raportată la resursele din mediu. Ceea ce vreau să spun este că dacă pacientul se prăbușește e un lucru, dar dacă pacientul se prăbușește într-o nouă resursă a mediului ce oferă o îngrijire adecvată, este altceva. Un exemplu special este cel al pacientului schizoid care trece printr-o fază schizoidă deoarece faza pregătitoare îndelungată a analizei i-a dat sentimentul că există ceva demn de încredere, ceea ce poate folosi pozitiv.⁵⁷ Este adevărat că modul în care pacientul folosește această nouă ocazie de dependență este complex; altminteri, travaliul făcut și felul în care folosește travaliul indică activitatea unui element sănătos al „Eului observator” în pacient. Defensă *Self*-ului fals poate fi abandonată și *Self*-ul adevărat se poate expune (la mare risc) în transferul psihotic.

Din acest punct (și mi-e jenă că a trebuit să condensez până la absurd ceea ce voiam să spun), am început să văd schizofrenia și îndeosebi tulburarea *borderline* ca o *organizare defensivă sofisticată*. Avem aici o legătură directă cu Freud și cu tema sa centrală, anume că simptomul înseamnă ceva și are valoare pentru pacient, chiar dacă el s-a referit în primul rând la manifestările psihonevrotice.

La dezvoltarea concepției mele (o mișcare lentă, considerăm noi) a contribuit experiența mea vastă în ceea ce am numit întotdeauna schizofrenie infantilă. Ceea ce observăm într-un fel la bebelușii și la copilașii bolnavi ne forțează să folosim cuvântul „schizofrenie”, deși acest cuvânt s-a aplicat inițial la adolescenți și adulți, deci ceea ce vedem foarte clar este o *organizare spre invulnerabilitate*. Trebuie să ne așteptăm la diferențe corespunzătoare stadiului de dezvoltare emoțională a adultului, copilului sau bebelușului ce se îmbolnăvește. Comun tuturor acestor cazuri este faptul că bebelușul, copilul, adolescentul sau adultul *nu trebuie să mai experimenteze iar* angoasa de negândit ce se află la rădăcina schizofreniei. Angoasa de negândit a fost experimentată inițial într-un moment de eșec al adecvării din partea resurselor mediului, pe când personalitatea imatură s-a aflat în stadiul de absolută dependență.

⁵⁶ Vezi “Ego Integration in Child Development” (1962), in *Maturational Processes and the Facilitating Environment*.

Copilul autist care a parcurs aproape întreg drumul spre deficiența mintală nu mai suferă; invulnerabilitatea a fost aproape atinsă. Suferința aparține părinților. Organizarea îndreptată spre invulnerabilitate a fost un succes și tocmai acest fapt apare clinic odată cu trăsăturile regresive care nu sunt în fapt esențiale în tablou.

Vom constata că această teorie include ideea de traumă, prin care eu înțeleg o experiență împotriva căreia apărările Eului au fost inadecvate, la un stadiu al dezvoltării emoționale a individului - în acel moment sau în acea stare a pacientului din acel moment. Trauma este o influență din partea mediului și reacția individului la influența care se produce înaintea dezvoltării mecanismelor care fac previzibilul să fie imprevizibil.

Ca urmare a experiențelor traumatice, noi apărări se organizează rapid, dar spațiul ce le precede apariția individului a suferit o ruptură a continuității existenței sale (așa cum este înregistrat în calculatorul personal), ruptură datorată reacției automate la eșecul mediului.

Într-o altă lucrare⁵⁸, am descris tipuri ale experienței „angoasei de negândit” sau ale angoasei „psihotice”. Ele pot fi clasificate în funcție de gradul de integrare ce survine după dezastru:

Nu subzistă nici o integrare – Dezintegrare

Subzistă o anumită integrare – Cădere fără sfârșit; Rătăcire în toate direcțiile; Clivaj somatic – minte și corp; Absența orientării; Pierderea relațiilor obiectale direcționate

Subzistă integrarea – Mediu fizic neprevăzut, în locul unui „mediu general previzibil”.

Rezultatul traumei trebuie să fie un anumit grad de distorsiune a dezvoltării. Se vede bine până la ce punct furia ar fi normală sau sănătoasă, în comparație cu această oroare. Furia ar implica supraviețuirea Eului și menținerea ideii unei experiențe alternative în care „decepția” nu a avut loc. Clinic, această stare numită „panică” devine cu ușurință o trăsătură. Studiul direct al panicii este

⁵⁷ Vezi “Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-Up” (1954), in *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*.

neproductiv, deoarece panica însăși este o apărare. Este valoros să privim panica drept o oroare organizată în jurul unei situații fobice al cărei scop (în organizarea defensivă) este de a-l apăra pe individ de noi apariții ale neprevăzutului. O mamă îndeajuns de bună este cea care îi permite unui bebeluș să nu întâmpine neprevăzutul până când nu este capabil să accepte eșecurile mediului.

Un corolar important îi afectează pe toți cei care se angajează în psihoterapia schizofreniei la pacienți de orice vârstă. Ajutorul nostru constă în a oferi fiabilitatea pe care pacientul o poate folosi, în sensul că el poate șterge apărările ridicate împotriva neprevăzutului și a consecințelor sale, respectiv groaza ce este experimentată.

Dacă reușim acest lucru, îi permitem pacientului să *abandoneze invulnerabilitatea și să devină un suferind*. Dacă reușim, viața devine precară pentru cel care începuse să cunoască un fel de stabilitate și de eliberare de durere, chiar dacă asta presupune neparticipare la viață și poate deficiență mintală.

La început, se pare că observăm o ameliorare clinică, dar, pe măsură ce continuăm, iar pacientul devine dependent de noi, *greșelile și eșecurile noastre devin noi traume*. Învățăm să așteptăm creșterea senzitivității pacientului și începem să ne întrebăm dacă ne motivează aici bunătatea sau cruzimea. Constatăm că eșecurile noastre specifice și limitate, inevitabile, adesea determinate de pacient, îi dau acestui ocazia de a simți și exprima furie împotriva noastră. În locul traumei cumulative⁵⁹, obținem experiențe de furie cumulative, în care obiectul (terapeutul și cabinetul său) supraviețuiește furiei pacientului. Nici o terapie a cazurilor *borderline* nu scapă de durere, atât a pacientului, cât și a terapeutului.

30

Addendum la „Localizarea experienței culturale”

Datat 18 decembrie 1967

⁵⁸ “Ego Integration in Child Development”.

În timp ce scriam lucrarea „Localizarea experienței culturale”⁶⁰, am ajuns treptat la o nevoie neașteptată de ceva ce să corespundă cu experiența culturală, dar localizat în interior, nu în exterior. Scrierea acestei addende la lucrarea precedentă mi-am fondat-o pe materialul prezentat de pacienți. Cu toate acestea, îmi conturez experiența personală încercând să ilustrez ceea ce doresc. Este poate o falsă amintire faptul că m-am trezit dorindu-mi foarte mult să adorm, stând pe podeaua din camera mea, în fața întinericului din capătul încăperii. Se întâmpla pe când încercam să îmi dau seama ce anume doream să formulez. Am adormit gândindu-mă că mă voi trezi, poate, aflând că un anumit caz va ilustra adecvat jocul *squiggle*⁶¹ și am fost surprins de ce s-a-ntâmplat. Visul mi-a spus că era ceea ce încercasem să formulez și, când m-am trezit, înainte de a deschide ochii, știam într-un fel că mă aflu în fața ferestrei; știam desigur, imediat ce am început să gândesc, că mă aflu pe partea cealaltă. Mi-am lăsat suficient timp pentru a trăi senzația deplină a experienței oglinzii. În cele din urmă, când am simțit că simțisem destul, știind cumva că, simțind asta, voi deschide ochii și voi vedea fereastra, mi-am oferit luxul deplinei experiențe a trezirii și m-am pomenit cu fața spre partea cealaltă și cu spatele la fereastră.

Am plecat direct în cealaltă cameră pentru a dicta ceva ce putea exprima ceea ce aveam în minte, acum știind foarte clar ce trebuia să fac cu asta.

În lucrarea precedentă, am afirmat că există nevoia unui spațiu potențial pentru localizarea jocului și a experienței culturale, în general. Impresia oferită deliberat a fost aceea că spațiul potențial, dacă există, trebuie să fie dincolo de linia ce desparte interiorul de exterior. Aș dori să mă refer acum la spațiul potențial ce se află dincoace de această linie.

În visul care m-a preocupat intens în timpul somnului, am avut o experiență într-o zonă pe care o numesc clubul meu. Este ceva ce am descoperit foarte recent. M-a străfulgerat, în urmă cu câțiva ani, faptul că trăisem mulți ani într-un fel de comunitate, care ținea mai mult de un vis diurn și nu

⁵⁹ Vezi M. Masud R. Khan, „The Concept of Cumulative Trauma”, în *The Psycho-Analytic Study of the Child*, vol. 18 (Londra: Hogarth Press, 1936); de asemenea în Khan, *The Privacy of the Self* (Londra: Hogarth Press, 1974).

⁶⁰ “The Location of the Cultural Experience” (1967), în *Playing and Reality* (Londra: Tavistock; New York: Basic Books, 1971; Penguin, 1974).

⁶¹ Squiggle:

devenise încă material al visului. Odată ce mi-am reamintit acest soi de visare, am putut să mă întorc până la începuturile ei, chiar dacă nu mi-am putut readuce niciodată în conștiință momentul în care am început să-mi reamintesc.

Debutase probabil cu treizeci-patruzeci de ani în urmă și l-am numit clubul meu din două motive. Primul, fiindcă renunșasem la Atheneum, iar celălalt fiindcă soiul acesta de vise la care mă refer a fost întotdeauna despre un club. Mi-am amintit perioada în care visam și coboram spre coasta de sud, și am descoperit acolo, printre dealurile și colinele sudului, o casă mare ce îmi părea a fi goală sau, în orice caz, inaccesibilă mie. Încet-încet, de-a lungul anilor, visându-l, acest loc a devenit ca o comunitate în care mi s-a permis să intru. Oamenii de-acolo creșteau și își dezvoltau relații, și s-au schimbat apoi, și tot clubul acesta îmi dădea sentimentul extraordinar de stabilitate ce corespundea foarte mult cu modul în care oamenii foloseau asemenea cluburi, precum cel de la Atheneum.

Nu am încercat niciodată să folosesc acest material, cu excepția momentelor în care m-am referit cu umor la el, atunci când eram întrebat: „Despre ce ai visat?”, iar eu răspundeam: „Am fost la clubul meu.” În experiența pe care am avut-o chiar înainte de a dicta aceste cuvinte, am trăit o aventură extrem de vie, legată de ieșirea prietenilor de tot felul din club pentru a vizita un loc aflat departe de acesta. Avusesem un vis în cursul nopții precedente, în care mergeam în grupuri, cu diverse mașini, pentru a vizita un alt club unde se presupunea că voi susține o conferință. Nu mi-a plăcut când am aflat că am ajuns cu întârziere și că am fost așteptați în haine se seară, iar recepționarul s-a plâns de ținuta mea ponosită.

Viața dinăuntru și dimprejurul clubului nu este de obicei neplăcută, dar de astă dată eram foarte bucuros să mă trezesc, deoarece conferința mea n-ar fi putut fi în regulă din cauza confuziilor privind aranjamentele pentru ea. Excursia plină de viață în afara clubului, pe care am experimentat-o tocmai înainte de a mă hotărî să scriu despre ea, a fost o continuare, într-o oarecare măsură, a vieții din club, din noaptea precedentă.

Când reflectez la aceste lucruri, îmi dau seama că totul are legătură cu visul profund, mai degrabă cu ceea ce numim de obicei fantasmare la copii, îndeosebi pentru că este într-o oarecare măsură

manipulată, și în mod cert nu va conține vreodată excitațiile intense și angoasele ce aparțin adevăratului vis.

În acest tip de visare, există o continuitate temporală foarte clar definită, iar referitor la plasarea ei, trebuie să o situez tocmai în partea de somn a liniei dintre starea de veghe și vis. Fără îndoială că există o relație între aceasta și dezvoltarea lumii fantasmatică a romancierului.

Este ca și cum, din această experiență, știu cum ar fi să fiu John Glasworthy cu a sa *Forsythe Saga*, dezvoltând narațiunea de-a lungul anilor, în mintea sa, personajele având personalități și caracteristici definite, și chiar boli. Și aș putea înțelege foarte bine nevoia pe care o poate avea un autor de a scrie despre aceste experiențe și de a le publica sub forma unui roman. Mintea șovăie la gândirea unui oricărui fel de club, sau poate a orice altceva ce corespunde unui club trebuie să fi trecut prin mintea lui Tolstoi, și ce nevoie intensă trebuie să fi avut acest om de a scrie astfel lucrurile încât personajele să poată să apară și să evolueze și să moară și în realitate să nu devină un blocaj enorm în viața psihică a autorului.

În cazul meu, nu există nici o bogăție aparte și nimic care să poată fi scris, ba chiar această poveste, cu continuitatea și lucrurile ei surprinzătoare, îmi conferă un permanent roman pe care sunt în stare să îl citesc fără a-l citi sau pe care pot să îl scriu fără a-l scrie. Am constatat că un exces de ceai sau de cafea îmi crește foarte mult predispoziția de a trăi în această arie în care sunt adormit, în care înțeleg că somnul este posibil, dar care, amenințat de insomnie, devine locul în care trăiesc în relație cu toții oamenii din clubul meu și sunt foarte bucuroși că există. Știu bine, totuși, că trebuie să permit materialului visului să pătrundă în somnul profund, atunci când mintea nu este activă și creativă, și sub control, așa cum mă ajută cofeina să fiu.

Consider că această idee nu are o importanță particulară pentru analist, decât dacă îi poate permite să evite să facă analiza unor astfel de vise, așa cum îi sunt relatate, așa cum în analiza copilului evităm analiza fantasmării și a infinitei capacități a copiilor de a scrie glume. Deci știm că trebuie să așteptăm apariția materialului ce vine din adâncuri înainte de a folosi materialul ca o comunicare din inconștient.

Joc și cultură

O prelegere susținută la Imago Group, 12 martie 1968

Ideea mea este că psihanalistii nu au încă o teorie satisfăcătoare privind cultura. Poate că aici nu a existat o încercare directă de a aborda această problemă specifică. Va avea o anumită importanță pentru mine dacă mi se vor oferi referințe despre astfel de încercări care au fost deja făcute, indiferent dacă sunt din psihanaliză sau din sfere învecinate. S-au scris, într-adevăr, foarte multe lucruri despre realitatea psihică experimentată de individ în timpul vieții. La fel, s-au scris multe lucruri despre relația de obiect sau despre realitatea externă împărtășită.

Există o anumită încercare de a merge spre ceea ce mă preocupă pe mine aici în observațiile cu privire la afectivitate, comparată cu relația de obiect instinctuală. În negativ, „copilul lipsit de afecțiune” este un termen ce atrage atenția asupra importanței capacității de simțire a calității afecțiunii. Conceptul de sublimare îl conduce pe analist spre ceea ce încerc eu să studiez. Se mai poate spune, de asemenea, că jocul este cât se poate de apropiat de subiectul cercetării mele. Referitor la joc, totuși, există în literatura psihanalitică o strânsă legătură cu pulsivitatea modificată prin deplasare etc.

Se poate considera că abordarea clasică a făcut din subiectul metapsihologiei o enunțare completă a ființei umane și experienței de a trăi. Teza mea este că din anumite motive (ce pot fi studiate ca subiect de sine stătător) experienței culturale nu i s-a acordat nici un loc în concepția psihanalistilor despre existența umană. Voi face aici o supoziție referitoare la faptul că experiența culturală provine dintr-un fel de extensie directă din joaca copiilor și chiar a bebelușilor, încă de la naștere, și poate chiar mai devreme.

Există aici, evident, o strânsă asociere între joacă și ideea de fantezie și vis. Joaca se referă de asemenea cu jucatul jocurilor și la alte asemenea lucruri - precum imaginația activă, în care

încercarea voluntară /deliberată se face pentru a folosi elementele surprinzătoare pe care imaginația le oferă.

Când merg la vreun concert și întâlnesc câte un coleg psihanalist, mă întreb uneori dacă știm la fel de mult precum am dori să știm despre experiența pe care o trăim împreună. Există cu certitudine o diferență inerentă între a merge la un concert și a visa; de asemenea, nici unul dintre noi, fără îndoială, nu merge la concert doar pentru a sta lângă cineva sau pentru că e îndrăgostit de pianist. Ne regăsim într-o experiență de viață ce este îndreptățită a fi considerată ca un lucru în sine. Putem extinde această observație la întrebarea: Pentru ce trăiești? Care este motivația de bază?

Este posibil să constatăm că în această arie a experienței culturale trăim mulți dintre noi, în majoritatea timpului, atunci când suntem treji, iar dacă transferăm această idee la copilărie putem vedea imediat că vorbim despre joacă.

Fără îndoială, conceptul de obiect tranzițional și de fenomen tranzițional mă aduce înapoi la ideea mea de a studia această arie intermediară ce se referă la experiența vieții și care nu este nici vis, nici relație de obiect. În același timp, deși nu este nici una, nici cealaltă, este de asemenea amândouă. Acesta este paradoxul esențial, iar în lucrarea mea despre fenomenele tranziționale cea mai importantă parte (după părerea mea) este afirmația mea că avem nevoie să *acceptăm paradoxul*, nu să îl rezolvăm. Obiectele și fenomenele tranziționale sunt universale și proteice. Studiul fenomenelor tranziționale se dovedește un prețios teren de cercetare pentru cel ce studiază creșterea și dezvoltarea umană, nu doar pentru că îl inițiază în infinitatea variabilității ființelor umane, dar și pentru că el are propriile sale limite și pentru că există asemănări între elemente, iar acestea pot fi clasificate. Cu alte cuvinte, el are o parte din calitățile jocului, în care copilul care se joacă folosește materiale din lumea exterioară sau lumea împărtășită pentru a exprima materialul visului. Există aici și visul personal, însă doi copii pot construi case asemănătoare din cauza numitorului comun dat de materialele de construcție și din cauza elementelor arhetipale din visare. Nu există doi copii la fel, nici măcar gemenii identici nu sunt la fel, dacă realitatea psihică personală poate fi concepută

dincolo de suprafața factorilor de personalitate. Cu toate acestea, copiii se pot asemana între ei și, în orice caz, ei chiar se aseamăna prin simplul fapt că au doi ochi, un nas, o gură etc.

Sugerez faptul că, dacă privim din perspectiva filosofiei și ignorăm pentru moment detaliile de o imensă semnificație ale conținutului, putem constata operarea unei dinamici pe care aș putea-o numi o non-acceptanță a paradoxului inerent. Pentru mine, paradoxul este inerent. În termenii obiectului tranzițional, deși obiectul era acolo pentru a fi găsit, el a fost creat de copil. Ne putem referi aici la poezioara lui Ronald Knox, sau la teologie, unde același lucru apare în interminabila discuție în jurul întrebării: există un Dumnezeu? Dacă Dumnezeu este o proiecție, chiar și-așa există un Dumnezeu care m-a creat astfel încât eu am în mine materialul pentru o astfel de proiecție? Etiologic, dacă pot folosi aici un cuvânt ce se referă la boală, paradoxul trebuie acceptat, și nu rezolvat. Lucrul important pentru mine trebuie să fie: e necesar să îl am în mine pentru a avea ideea de Dumnezeu? Dacă nu, atunci ideea de Dumnezeu nu are valoare pentru mine (cu excepția superstițiilor).

Această problemă merge direct în inima dificultății pe care unii dintre noi o avem cu privire la rădăcina conceptului lui Melanie Klein, deși câteva dintre ideile lui Bion încearcă să afle căi de rezolvare a unui conflict incomod, depășind doctrinele fundamentale. Este posibil să folosim accentuarea proiecției și a introiecției, făcută de Melanie Klein, dacă la bază se îngăduie elementul creativ al individului, ce trebuie să fie fundamental pentru individ, dar care nu trebuie să fie fundamental și pentru observator. Etiologic, oricând achiziție a bebelușului apare din vitalitatea lui, inclusiv funcționarea creierului. Aici capătă valoare ideea de dependență absolută, în timp ce potențialul bebelușului pentru activitatea creativă nu este încă actualizat, decât dacă (în modalități subtile, transformând capacitățile de dezvoltare ale bebelușului) figura mamei primește și poate întoarce proiecțiile. Proiecțiile nu au loc decât dacă acolo există ceva să preia proiecțiile.

În acord cu aceste lucruri care m-au preocupat timp de două decenii, am postulat un spațiu potențial între bebeluș și figura mamei, spațiul ce reprezintă locația jocului. Acest spațiu potențial începe să capete semnificație doar ca rezultat al experienței de a trăi a bebelușului. Nu este ceva moștenit –

ceea ce este moștenit poate sau poate să nu rezulte din achiziționarea unui spațiu pentru experiența jocului în cazul în care cineva *trăiește* bebelușul.

Spre surprinderea mea, am constatat că jocul, și joaca, și fenomenele tranziționale formează baza pentru experiența culturală, în general, și că, prin urmare, ceea ce căutam constituie cea mai mare parte din viața noastră. Chiar și acum, aici, noi ne aflăm în acest spațiu potențial, și fără o mamă îndeajuns de bună această discuție ne-ar fi fost străină.

În concepția mea despre joacă, așadar, am constituit principalul meu punct de vedere:

Jocul este întotdeauna excitant.

Este excitant *nu* datorită fundalului pulsional, ci datorită precarității cuprinse în el, câtă vreme se află pe muchia dintre ceea ce este subiectiv și ceea ce este obiectiv perceput.

Ceea ce cîntă în joc, contează și în „Patimile” după Matei, unde sunt aproape convins că-i voi regăsi pe colegii mei atunci când mă voi duce la Festival Hall, peste câteva săptămâni.

32

Interpretarea în psihanaliză

Datat 19 februarie 1968

Este important din când în când să examinăm principiile de bază ale tehnicii psihanalitice și să încercăm să reevaluăm importanța diverselor elemente cuprinse în tehnica clasică. Este general admis faptul că o importantă parte din tehnica psihanalitică o reprezintă interpretarea, iar scopul meu aici este de a studia încă o dată această parte particulară a ceea ce întreprindem.

Cuvântul „interpretare” implică faptul că noi folosim cuvinte, și există o implicație, ca urmare, respectiv că materialul oferit de pacient este verbalizat. În forma ei cea mai simplă, ea este regula fundamentală, ce are încă forță, deși mulți analiști nu-i informează niciodată pe pacienți nici măcar asupra acestui detaliu. În prezent, după mai mult de jumătate de secol de psihanaliză, pacienții știu că se așteaptă de la ei să spună ce le trece prin minte și să nu evite nimic. Este de asemenea general

cunoscut acum faptul că o parte esențială din comunicarea dinspre pacient spre analist nu este verbalizată.

Acest fapt s-a constatat mai întâi în termeni de nuanțe ale limbajului și în diversele modalități prin care limbajul implica desigur mult mai mult decât semnificația cuvintelor folosite. Treptat, analiștii au început să interpreteze tăceri și mișcări, și o multitudine de detalii de comportament, dincolo de sfera verbalizării. Cu toate acestea, au existat întotdeauna analiști care au preferat foarte mult să se țină de materialul verbalizat oferit de pacient. Când lucrul acesta funcționează, el are avantaje evidente prin faptul că pacientul nu se simte persecutat de ochii observatorului.

Unui pacient tăcut, bărbat, de 25 de ani, i-am interpretat odată o mișcare a degetelor și a mâinilor încrucișate pe piept. Mi-a spus: „Dacă începi să interpretezi chestiile astea, atunci o să încep să transfer activitatea asta asupra cuiva care nu se manifestă.” Cu alte cuvinte, mi-a punctat că, dacă nu verbalizase comunicarea, atunci eu nu aveam de ce să o comentez.

Există de asemenea și un alt vast subiect ce poate fi explorat, cel al comunicărilor analistului, ce nu sunt transmise prin verbalizarea directă sau chiar prin erorile de verbalizare. Nu este necesar să dezvolt acest subiect deoarece este evident, însă el începe o dată cu tonul vocii analistului și cu modul în care, de exemplu, o atitudine moralizatoare poate apărea sau nu într-o intervenție care, în sine, ar putea fi considerată ca nimic mai mult decât o interpretare. Comentariile interpretative au fost explorate și au fost cu certitudine discutate pe larg în nenumărate ore de supervizare. Probabil că nu mai este nevoie să studiem mai departe aceste lucruri, actualmente.

Scopul interpretării trebuie să aibă în vedere sentimentul analistului că o comunicare a fost stabilită și trebuie recunoscută. Aceasta este poate partea cea mai importantă dintr-o interpretare, dar acest scop foarte simplu este adesea ascuns printre o mulțime de alte aspecte, precum indicațiile privind utilizarea simbolurilor. Drept exemplu, am putea lua o interpretare precum „cele două obiecte albe din vis reprezintă sânii” etc., etc. Imediat ce analistul s-a angajat într-o astfel de interpretare, a părăsit terenul solid și se află acum într-o zonă periculoasă unde folosește propriile sale idei, iar acestea pot fi greșite din punctul de vedere al pacientului, la acel moment.

În cea mai simplă formă, analistul întoarce pacientului ceea ce pacientul a comunicat. Se poate întâmpla ușor ca analistul să simtă că asta este o ocupație futilă deoarece, dacă pacientul a comunicat ceva, la ce bun să îi întorci același lucru, exceptând desigur scopul de a-l face pe pacient să știe că ceea ce a spus a fost auzit și că analistul încearcă să ajungă la semnificația corectă.

A oferi în schimb o interpretare îi oferă pacientului oportunitatea de a corecta greșelile. Există analiști care acceptă astfel de corecții, dar există și analiști care, în rolul lor interpretativ, asumă o poziție care este aproape nesesizabilă, astfel încât, dacă pacientul încearcă să facă o corecție, analistul încearcă mai degrabă să gândească în termenii rezistenței pacientului decât în termenii posibilității ca această comunicare să fi fost greșit sau inadecvat primită.

Și iată că discutăm deja despre tipuri de psihanaliști, și există multe, și fără îndoială că una dintre sarcinile unui analizand este de a ajunge să știe ce este un analist și ce anume așteaptă un analist, în ce limbaj vorbește analistul și ce fel de vise poate folosi analistul etc., etc. Nu este cu totul nefiresc, deoarece este mai degrabă ca atunci când un copil ajunge să știe ce fel de părinți are și cum să îi folosească. Cu toate acestea, într-o discuție între analiști, am încerca să luăm ca atare faptul că mulți pacienți sunt incapabili să îi folosească pe acei analiști care pretind pacientului să facă mai mult decât o anumită adaptare; sau, formulând în cealaltă direcție, să îi folosească pe analiștii care nu sunt capabili sau care doresc să facă mai mult decât o adaptare la nevoile pacientului.

Principiul pe care îl enunț în acest moment este că analistul reflectează asupra a ceea ce pacientul i-a comunicat. Această afirmație foarte simplă referitoare la interpretare poate fi importantă prin însuși faptul că este simplă și că evită teribilele complicații care apar atunci când te gândești la tot soiul de posibilități ce se pot ivi sub presiunea interpretativă. Odată enunțat acest principiu foarte simplu, el necesită imediat o elaborare. Eu sugerez că necesită următoarea elaborare: în aria limitată a transferului prezent, pacientul deține o cunoaștere pertinentă asupra unui detaliu sau a unui set de detalii. Este de folos să reamintim că în această modalitate limitată sau pornind de la această poziție limitată, pacientul îi poate oferi analistului un eșantion de adevăr; ca să spunem așa, ceva ce este absolut adevărat pentru pacient, astfel că atunci când analistul îi întoarce acest lucru, interpretarea

este primită de pacient deoarece el ieșise deja, într-o anumită măsură, din această arie limitată sau din această condiție disociată. Cu alte cuvinte, interpretarea poate fi dată unei persoane totale, chiar dacă materialul pentru interpretare a provenit dintr-o singură parte a persoanei totale. Ca persoană totală, pacientul nu ar fi fost capabil să fi oferit materialul pentru interpretare.

În acest sens, interpretările sunt părți ale edificării *insight*-ului. Un detaliu important este acela că interpretarea a fost dată în acele câteva minute sau chiar secunde ale materialului foarte bogat în *insight*-uri. Desigur, este dată în aceeași oră analitică. Interpretarea validă oferită a doua zi, după o supervizare, nu este de folos, din cauza puternicei influențe ale factorului timp. Cu alte cuvinte, pornind de la o arie limitată, pacientul are *insight* și oferă material pentru o interpretare. Analistul preia această informație și o întoarce pacientului, iar pacientul căruia i-o trimite înapoi nu se mai află acum în aria de *insight* referitor la acest element sau la această constelație psihanalitică particulară.

Cu acest principiu în minte, este posibil să simți că reflecția redată pacientului, reflecție asupra a tocmai ce pacientul deja a spus sau acceptat, nu este o pierdere de vreme, ci poate reprezenta cel mai bun lucru pe care îl poate face analistul în analiza acelui pacient, în acea zi specifică.

Există o anumită opoziție la această modalitate de a privi lucrurile, deoarece analiștilor le place să-și exerseze abilitățile pe care le-au adobândit și au și foarte multe lucruri de spus despre tot ceea ce se poate manifesta. De exemplu, un pacient destul de tăcut îi spune analistului, ca răspuns la o întrebare, foarte multe lucruri despre unul dintre interesele sale principale, referitor la vânătoarea de porumbei și la tot soiul de astfel de sporturi. Este extrem de tentant pentru analist în acel moment să folosească acest material, care este mai mult decât tot ceea ce primește adesea în două sau trei săptămâni, și fără îndoială că ar putea vorbi despre uciderea tuturor bebelușilor nenăscuți, pacientul însuși fiind un copil unic la părinți, și ar putea vorbi și despre fantasmele distructive inconștiente ale mamei, mama pacientului fiind un caz de depresie și sinucigându-se. Ceea ce analistul știa, totuși, era faptul că întregul material provenea de la o întrebare și nu ar fi apărut dacă analistul nu ar fi invitat la acel material, pur și simplu pentru că simțise că pierde contactul cu pacientul. În

consecință, materialul nu a fost un material pentru interpretare și analistul a trebuit să se abțină de la tot ceea ce își putea imagina despre semnificația simbolică a activității pe care o descrisese pacientul. După un timp, analiza s-a reîntors în tăcere și însăși tăcerea pacientului conține comunicarea esențială. Cheile pentru această tăcere nu apar decât foarte lent, iar analistul nu poate face nimic în mod direct pentru a-l determina pe pacient să vorbească.

Este foarte necesar de menționat că adesea pacientul produce materialul pe care analistul îl poate interpreta cu folos în alt sens. Este ca și cum analistul poate folosi procesele intelectuale, atât ale sale cât și ale pacientului, pentru a merge puțin mai departe. Esențial este să retrimiți pacientului materialul prezentat, de exemplu un vis. În felul acesta cei doi, împreună, se pot juca folosind visul pentru un *insight* mai profund. Acesta constituie un mare pericol deoarece interacțiunea poate fi plăcută și chiar excitantă și poate face ca și pacientul și analistul să fie foarte satisfăcuți. Totuși, analistul nu îl poate duce pe pacient decât la o anumită distanță față de locul în care pacientul se află deja.

Un exemplu are fi următorul: o pacientă relatează un vis repetitiv, unul care i-a dominat întreaga viață. Este înfometată și are doar o portocală, dar vede că portocala a fost ronțăită de un șobolan. Ea are fobie de șobolani, iar faptul că șobolanul a atins portocala o pune în imposibilitatea de a o folosi. Suferința ei este extremă. Este un vis care a urmărit-o toată viața. Din punct de vedere diagnostic, ea intră în categoria copiilor deprivați. Analistul nu trebuie să facă nimic referitor la acest vis deoarece travaliul a fost deja făcut în vis și apoi în reamintirea și în relatarea lui. Reamintirea și relatarea sunt rezultatele travaliului deja realizat în terapie și sunt de natura beneficiului apărut dintr-o încredere crescută. Am putea lăsa lucrurile aici și analistul ar putea aștepta să apară mai mult material. În acest caz particular pe care îl descriu, a existat un motiv exterior pentru care analistul nu și-a putut permite să aștepte, în sensul că nu mai exista oportunitatea pentru alte ședințe. El a făcut deci o interpretare, chiar cu riscul de a strica tot travaliul realizat deja, dar deschizând în același timp posibilitatea ca pacienta să poată depăși imediat acest lucru. Ținea de discernământ, iar analistul a simțit că exista acel grad de încredere încât să meargă mai departe și chiar să și facă o greșală. A

spus: „Portocala reprezintă sânul mamei, care a fost o mamă bună, din punctul dumneavoastră de vedere, dar o mamă pe care ați pierdut-o. Șobolanii reprezintă atacul dumneavoastră asupra sânilor, dar și atacul sânilor asupra dvs. Visul se referă la faptul că, fără ajutor, sunteți într-o imposibilitate, deoarece, fiind încă în contact cu sânul originar pe care îl simțiți bun, nu îl puteți folosi decât dacă sunteți ajutată să treceți la stadiul următor în care atacați cu excitație sânul pentru a-l mânca, așa cum mâncați o portocală.”

S-a întâmplat ca în acest caz pacienta să fie capabilă să folosească imediat această interpretare, și să producă două exemple: unul dintre ele a ilustrat relația ei cu mama sa înainte de a o pierde, iar celălalt a fost amintirea momentului pierderii mamei. În acest fel, pacienta a ajuns la o descărcare emoțională și a avut loc o ameliorare clinică remarcabilă.

Orice analist poate oferi nenumărate exemple de interpretări pe care pacienții le pot folosi și care îi poartă pe pacienți dincolo de punctul în care se aflau înainte de a fi prezentat materialul specific sesiunii. Prin urmare, acest exemplu pune simplu în valoare dinamica esențială a interpretării, ce merge dincolo de a oferi înapoi pacientului materialul prezentat.

Nu vom putea sublinia suficient, totuși, în formarea candidaților, dacă ar fi mai bine să respectăm mai degrabă principiul întoarcerii materialului prezentat sau să mergi la extrema interpretărilor savante care, deși făcute cu acuratețe, nu îl pot duce pe pacient mai departe decât o poate permite încrederea în transfer, astfel încât atunci când pacientul pleacă de la analist, revelația miraculoasă reprezentată de interpretare devine brusc o amenințare deoarece se află în relație cu un stadiu al dezvoltării emoționale pe care pacientul încă nu l-a atins, cel puțin nu ca persoană totală.

Nedatat, scris probabil în 1968

Atenția noastră a fost atrasă recent asupra procesului gândirii, așa cum este el descris în metapsihologia psihianalitică, în special de Bion⁶².

Aș dori să mă refer aici la un singur aspect din acest subiect vast și, astfel făcând, voi lăsa deoparte multe aspecte ale gândirii, strâns legate de tema aleasă de mine. Tema mea este relația dintre gândire și formarea simbolurilor.

O concepție asupra originii ontologice a gândirii se regăsește deja într-una dintre lucrările mele, „Mintea și relația ei cu psiho-soma” (1949)⁶³. În această lucrare, am prezentat ideea că gândirea se formează ca o modalitate personală a copilului de a face față eșecului gradual de adaptare al mamei. Gândirea este parte a mecanismului prin care bebelușul tolerează totodată eșecul de adaptare la nevoile Eului și frustrarea pulsională, ceea ce produce o dublă tensiune, îndeosebi în primul caz.

Există o patologie a acestui proces, pe care încerc să o prezint în această lucrare, de exemplu atunci când se amestecă adaptarea și eșecul adaptării (datorat unei inadecvări în atitudinea mamei), astfel încât necesitatea de a gândi crește; și, într-adevăr, această necesitate de a gândi escaladează (pentru a folosi un termen modern) până-ntr-atât încât gândirea devine delimitată ca o funcție de constrângere sau dobândește o nouă funcție. Scriam: „...constatăm că *funcționarea mintală devine un lucru în sine*, înlocuind practic mama bună și făcând-o inutilă”. Am adăugat: „Clinic, acest lucru merge împreună cu dependența de mama actuală și cu o falsă dezvoltare personală bazată pe complianță.”

Se va constata pornind de aici că în opinia mea gândirea sau funcționarea mintală trebuie *în aceste cazuri* să fie studiată în însăși psihopatologia ei, respectiv ca ceva ce și-a pierdut locul ca aspect specializat al funcționării psihicului (cf. psiho-soma) și ca ceva ce a achiziționat o funcție nouă sau una secundară.

⁶² Vezi Wilfred Bion, *Second thoughts* (London: Heineman Medical Ltd., 1967) (În traducere românească, *Gânduri secunde*.....)

⁶³ În *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (Londra: Tavistock, 1958; New York: Basic Books, 1957, Londra: Hogarth Press, 1975)

În cazurile la care fac referință, gândirea a fost clivată de asocierea cu psiho-soma și a preluat o parte din rolul mamei. Dependența s-a deplasat. Dependența de mamă s-a dovedit relativ nesatisfăcătoare, iar dependența de minte și de gândire a luat locul încrederii în mama îndeajuns de bună. Dincolo de asta, există un înalt grad de clivaj (sau de disperare privind integrarea) ce contribuie la absența oricărei relații dintre gândire și funcția de maternaj îndeajuns de bună. Până și gândirea a eșuat.

În această lucrare, continui explorarea ariei în care s-a păstrat un anumit grad de reușită a acestei apărări, în care gândirea acționează ca un substitut al îngrijirii materne și în care se dezvoltă un fals *Self* sub forma unui intelect exploatat.

În articolul la care m-am referit („Mintea și relația ei cu psiho-soma”), am prezentat cazul unui copil care s-a dezvoltat în acest sens și care avea o idee despre o anumită stare ideală: să devină deficient mintal. Consecința era că tot timpul exista o tensiune în economia copilului, chiar și atunci când apărarea intelectuală reușise întrucâtva; el căuta o altă soluție și, nefiind capabil să o găsească în îngrijirea maternă și în dependență, a fost necesar să apară în economia minții un astfel de copil o tendință spre alternativa pierderii capacității intelectuale, sau a pierderii minții și funcționării mintale.

(Se va constata că acesta este un exemplu de „castrare” primară bazată pe pierderea funcției Eului. Pentru a cunoaște mai bine adevărata angoasă de castrare trebuie să găsim exprimarea secundară în ideea de pierdere a intelectului.) (Cf. conceptului de „aphanisis”, al lui Jones.)⁶⁴

Baza studiului meu pe mai departe o reprezintă, deci, modul în care, firește, bebelușul care se dezvoltă gândește și acceptă eșecurile adaptative, și modul în care un mediu amăgitor sau nu îndeajuns de bun exploatează gândirea bebelușului și chiar face ca această gândire să ia locul unui element din mediul considerat general așteptat.

Material clinic introductiv

⁶⁴ Vezi Ernest Jones, “Early Development of Female Sexuality” (1927), în *Papers on Psycho-Analysis* (Londra: Balliere, Tindal and Cox, 1950).

Cazul care m-a făcut să doresc să stabilesc un raport între gândire și formarea simbolurilor este cel al unei femei aflate aproape de finalul unei lungi și anevoioase analize cu o psihanalistă care îmi este colegă, eu însumi fiind implicat într-un fel. Pacienta, profesoară, își ocupa vacanțele de analiză din timpul verii urmând un curs de specializare în olărit. Reacția ei la întreruperile analizei prezintă două aspecte:

a. Succesul activităților de olărit

b. Disperarea privind planificarea sarcinilor profesionale ulterioare. Se plânga că *nu poate gândi*.

Nu era o trăsătură nouă, fiindcă într-adevăr existase o perioadă în care incapacitatea sa de a folosi foarte buna ei inteligență constituise o problemă majoră.

Putem descrie starea profesoarei din timpul vacanței foarte precis din cauza unui incident pe care ea l-a simțit că a fost realmente o parte din analiza ei și care s-a petrecut în timp ce plecase să stea cu cineva (X).

Pacienta își luase micul dejun în pat. Se sculase să ducă la bucătărie platoul la bucătărie și răsturnase totul pe podea, spărgând valorosul vas de porțelan chinezesc și murdărind peste tot. A simțit o exasperare extremă, iar incidentul a tulburat-o profund.

S-ar fi putut plânga (dar numai cu mine acolo, deoarece știa că îi veniseră o serie de idei delirante):

1. Era vina lui Y, fiindcă Y îi dăduse platoul lui X, iar platoul era unul alunecos.
2. Ea țipase, însă X nu auzise, deoarece ea nu se afla în casă.
3. În orice caz, X ar fi trebuit să fie acolo să o ajute, iar atunci accidentul nu s-ar fi petrecut.
4. Dacă analista pacientei ar fi venit în momentul accidentului și ar fi îngrijit-o și ar fi consolatat-o, atunci tot incidentul ar fi devenit parte din analiză și nu ar fi fost o experiență în zadar.
5. Un bun analist ar fi fost acolo, având grijă de ea, și ar fi luat platoul, iar incidentul n-ar mai fi avut loc.

Dar femeia nu era nebună, astfel că a putut *gândi* și și-a putut explica:

1. Ar fi absurd să aștepti ca un analist să aibă grijă de un pacient în vacanță (în vacanța analistului).
2. În orice caz, analistul nu ar fi apărut probabil tocmai în minutul în care ar fi trebuit.

3. Dacă ar fi apărut tocmai atunci, ar fi curățat mizeria și ar fi consolat-o pe pacientă, sau cel puțin ar fi verbalizat nevoia pacientei de a avea acest gen de experiență care ar fi corectat pattern-ul acestei experiențe așteptate ce aparținea copilăriei pacientei.

4. Un analist realmente bun ar fi fost acolo, oferindu-i pacientei o bună îngrijire și deci nu ar mai fi existat nici un incident supărător. În acest caz, pacienta ar fi putut fi în stare să simtă încredere în mediul ei și în ea însăși în așa măsură, încât să-și fi permis să fie furioasă în fața elementului eșuat din patternul mediului copilăriei sale timpurii.

În fapt, este tocmai ce s-a și întâmplat, când pacienta a simțit că întregul eveniment era parte din analiza ei și se înscria în vacanța unei analize ce începuse să fie reușită.

Acest caz ridică problema generală a faptului că succesul în analiză trebuie să includă iluzia eșecului, reacția pacientului la analiză ca eșec. Acest paradox trebuie să fie acceptat. Analistul trebuie să fie capabil să accepte acest rol de analist care eșuează, așa cum acceptă toate celelalte roluri ce iau naștere din transferurile nevrotice și psihotice ale pacientului. Multe analize au eșuat la sfârșit deoarece analistul nu putea să permită o iluzie a eșecului, din cauza nevoii lui personale de a dovedi adevărul teoriei psihanalitice prin vindecarea unui pacient. Psihanaliza nu vindecă, chiar dacă este adevărat că pacientul poate utiliza psihanaliza și poate ajunge, printr-un proces complementar, la un grad de integrare, de socializare și de autodescoperire la care, singur, el nu ar fi putut ajunge.

34

Despre „utilizarea unui obiect”

Acest capitol conține materialul referitor la „utilizarea unui obiect”, un concept dezvoltat de Winnicott spre sfârșitul vieții sale. Principala expunere despre el a făcut-o într-o prelegere susținută pe 12 noiembrie 1968 la Societatea Psihanalitică din New York: ulterior, aceasta a apărut în

International Journal of Psycho-Analysis nr. 50 (1969), apoi într-o versiune ușor modificată, în cartea postum publicată, *Joc și realitate* (1971). Pentru confortul cititorului, această ultimă versiune este reprodusă aici, în secțiunea I.

Restul capitolului constă din scrierile ce aparțin explicit dezvoltărilor conceptului lui Winnicott, ca și ultimă lucrare în care l-a folosit. Cea mai mare parte a scrierilor este nepublicată; excepție face secțiunea III, ce conține câteva dintre notițele lui Winnicott din 1965, făcute în tren, în drumul său spre Dartington Hall, unde a reflectat și a vorbit despre subiectul libertății și al controlului în școlile progresive. Includem aici aceste note, chiar dacă ele au fost deja publicate în *Deprivare și delincvență* (1984), deoarece ele conțin prima referință pe care o regăsim ca atare despre „utilizarea unui obiect”. Este evident, totuși, din relatarea lui Winnicott a unui vis datând din 1963 și din scrisoarea sa către un coleg ce o însoțește (ambele în Secțiunea a II-a), că anumite aspecte din conceptul său fuseseră explicite chiar mai devreme. Făcuse deja legătura între vis și scriere, încă din recenzia sa la lucrarea lui Jung, *Amintiri, vise, reflecții*: pentru aceasta, vezi Capitolul 57 din acest volum. Secțiunea a IV-a conține o lucrare scurtă, „Utilizarea cuvântului „utilizare””, care a fost scrisă în februarie 1968, și căreia Winnicott i-a acordat o anumită importanță, și a deținut un loc pe lista de lucrări pe care a făcut-o în 1968, în ideea publicării. Secțiunea a V-a este o ilustrare clinică folosită de Winnicott pentru prelegerea sa din 1968 din New York, iar aceasta este urmată de „Comentarii asupra lucrării mele „Utilizarea unui obiect””, Secțiunea a VI-a. Comentariile au fost făcute ca răspuns la discuția de la finalul aceleiași prelegeri, și îndeosebi la remarcă făcută de dr. Bernard Fine despre faptul că Winnicott accentuase importanța „componentei libidinale a mișcărilor pulsionale și abilității lor de a ajuta obiectul să supraviețuiască”. Scrise în decembrie 1968, când Winnicott tocmai își revenise din boala ce-l cuprinsese în New York, după susținerea conferinței, ele au fost doar parțial redactate și apoi terminate în manuscris, drept care putem considera că dacă le-ar fi înaintat spre publicare ar fi făcut unele revizui. Ultima secțiune din capitol conține lucrarea neterminată și de asemenea needitată, „Utilizarea obiectului în contextul lucrării *Moise și monoteismul*”, care a fost scrisă în ianuarie 1969. Aici conceptul lui Winnicott este legat de lucrarea

lui Freud, iar asta îi permite să îl aducă pe tată în prim-planul vieții bebelușului, într-un fel care nu prea se regăsește în celelalte lucrări teoretice ale sale.

Celelalte două lucrări care nu sunt incluse aici pot fi incluse, ca să spunem așa, cel puțin parțial, în același grup. Una este o prelegere intitulată „Alăptarea ca o comunicare”, citită în absența lui Winnicott (din cauza bolii sale) la o conferință din 28 noiembrie 1968, de la National Childbirth Trust, și publicată acum în cartea sa *Babies and their mothers* (1987). Aceasta conține o descriere a valorii pe care o are pentru copil alăptarea, în sensul supraviețuirii sânelui. Cealaltă lucrare este „Locul monarhiei”, scrisă în 1970, care discută despre monarhie tot în termenii supraviețuirii ei. Aceasta se regăsește în colecția lui Winnicott intitulată *Home is where we start from*.

Nota editorului englez

I. Utilizarea unui obiect și relaționarea prin intermediul identificărilor

Bazat pe o lucrare citită la Societatea Psihanalitică din New York, la 12 noiembrie 1968

În acest capitol îmi propun să supun dezbaterii ideea de utilizare a unui obiect. Subiectul conex, cel despre relațiile cu obiectele, pare că ne-a reținut deja întreaga atenție. Ideea utilizării unui obiect nu a fost, totuși, atât de mult examinată și chiar nu a fost studiată în mod special.

Această lucrare despre utilizarea unui obiect s-a născut din experiența mea clinică și se află în linia directă cu propria mea dezvoltare. Nu pot pretinde, desigur, că modul în care s-au dezvoltat ideile mele a fost urmat de alții, dar mi-ar plăcea să subliniez că a existat totuși o secvență, iar ordinea existentă în această secvență aparține evoluției activității mele.

Ceea ce am de spus în prezentul capitol este extrem de simplu. Chiar dacă este rezultatul experienței mele psihanalitice, nu aș putea pretinde că experiența mea psihanalitică de douăzeci de ani m-a condus la acesta, deoarece nu aș mai fi deținut tehnica de a permite mișcările transferențiale pe care doresc să le descriu. De exemplu, numai în ultimii ani am fost capabil să aștept iar și iar evoluția naturală a transferului pe care o suscită creșterea încrederii pacientului în tehnica și în cadrul

psihanalitic și să evit întreruperea acestui proces natural făcând interpretări. Veți observa că eu vorbesc despre a face o interpretare și nu despre interpretări ca atare. Sunt consternat atunci când mă gândesc la schimbările profunde pe care le-am împiedicat sau le-am întârziat la pacienții care aparțin unei anumite categorii nosografice prin nevoia mea personală de a interpreta. Dacă putem să așteptăm, pacientul ajunge la înțelegere în mod creativ și cu o imensă bucurie, iar eu mă bucur acum de această bucurie a lui mai mult decât mă bucuram de faptul că eram deștept. Cred că interpretez îndeosebi pentru a-l face pe pacient să cunoască limitele înțelegerii mele. Principiul este acela că pacientul și numai pacientul deține răspunsurile. Noi putem sau nu putem să-i permitem să discearnă ceea ce este cunoscut sau să devină conștient de această cunoaștere și s-o accepte.

La antipodul acestora, se află traviul interpretativ pe care analistul trebuie să-l facă și care face diferența dintre analiză și autoanaliză. Această manieră de a interpreta a analistului, dacă e să aibă efect, trebuie să se raporteze la abilitatea pacientului de a-l situa pe analist în afara ariei fenomenelor subiective. Este vorba deci de capacitatea pacientului de a-l utiliza pe analist, aceasta fiind însăși tema acestei lucrări. În învățare, ca și în hrănirea copilului, capacitatea de a utiliza obiectele este considerată de la sine, dar în traviul nostru este necesar să ne preocupăm de dezvoltarea și de constituirea capacității de a utiliza obiectele și de a recunoaște inabilitatea pacientului de a utiliza obiectele, acolo unde este cazul.

În analiza cazurilor *borderline* avem șansa de a observa acest fenomen delicat care ne oferă indicații cu privire la înțelegerea stărilor realmente schizofrenice. Prin termenul „caz borderline” înțeleg acel gen de caz în care nucleul tulburării pacientului este psihotic, dar pacientul are o organizare psihonevrotică suficientă pentru a fi întotdeauna capabil să manifeste tulburări nevrotice sau psihosomatice, atunci când angoasa psihotică centrală amenință brutal cu dezintegrarea. În astfel de cazuri, psihanalistul poate fi coluziv, ani la rând, cu nevoia pacientului de a fi psihonevrotic (opus nebuniei) și de a fi tratat ca un nevrotic. Analiza merge bine, toată lumea e mulțumită. Singurul inconvenient este acela că analiza nu se termină niciodată. Ea poate fi încheiată, iar pacientul poate chiar să mobilizeze un fals *Self* nevrotic în scopul de a încheia și de a-și exprima recunoștința. Dar,

în realitate, pacientul știe că nu a avut loc nici o schimbare în starea sa (psihotică) adiacentă și că pacientul și analistul au ajuns, prin coluziune, la un eșec. Pacientul este mai în vârstă, iar posibilitățile de moarte prin accident sau boală au crescut, astfel că suicidul *poate fi* evitat. Mai mult, a fost amuzant atât cât a durat. Dacă psihanaliza este un mod de a trăi, atunci se poate spune că un astfel de tratament a contribuit cu tot ce putea contribui. Cu toții sperăm ca pacienții noștri să o termine cu noi și să ne uite și să descopere că viața este prin ea însăși o terapie care are un sens. Deși scriem articole privind aceste cazuri *borderline*, suntem în sinea noastră tulburați atunci când nebunia rămâne nedescoperită și neîntâlnită. Am încercat să prezint această temă într-o lucrare despre clasificare⁶⁵.

Este poate necesar să fac un scurt ocol de la propria mea perspectivă asupra diferenței dintre relația de obiect și utilizarea obiectului. În relația de obiect, subiectul permite ca anumite schimbări să aibă loc în *Self*, ceea ce ne-a determinat să inventăm termenul de „investire”. Obiectul a devenit semnificativ. Mecanismele de proiecție și identificările au fost puse în lucru, iar subiectul este depozat în măsura în care ceva din subiect se regăsește în obiect, chiar și îmbogățit de sentiment. Însoțind aceste schimbări, există un anumit grad de implicare fizică (chiar dacă este ușoară) spre excitare, în direcția climaxului funcțional al unui orgasm. (În acest context, omit deliberat referința la aspectul relaționării care are loc în identificările încrucișate. Acest lucru trebuie omis aici deoarece aparține unui stadiu al dezvoltării posterior și nu anterior fazei de dezvoltare de care mă ocup în această lucrare, respectiv mișcarea dinspre autoconținere și relaționare cu obiecte subiective spre domeniul utilizării obiectului.)

Relația de obiect este o experiență a subiectului ce poate fi descrisă prin referire la subiect ca la o ființă izolată. Când vorbesc despre utilizarea unui obiect, totuși, iau ca atare relația de obiect și adaug noi trăsături ce implică natura și comportamentul obiectului. De exemplu, obiectul, dacă e să

⁶⁵ 1959-1964, in *The Maturation Process and the Facilitating Environment* (Londra: Hogarth Press; New York: International Press, 1965).

fie utilizat, trebuie să fie în mod necesar real, în sensul de a fi parte a realității împărtășite, nu un fascicul de proiecții. Este ceea ce creează, cred eu, sfera diferenței dintre relaționare și utilizare.

Dacă am dreptate în cele de mai sus, atunci înseamnă că discuția despre subiectul relaționării este un exercițiu mult mai ușor pentru analiză decât este discuția despre utilizare, câtă vreme relaționarea poate fi examinată ca un fenomen al subiectului, iar psihanalizei îi place întotdeauna să fie capabilă să elimine toți factorii din mediu, cu excepția situației în care mediul poate fi considerat în termeni de mecanisme proiective. Dar, studiind utilizarea, nu avem nici o scăpare: analistul trebuie să țină seama de natura obiectului, nu ca de o proiecție, ci ca de un lucru în sine.

Voi lăsa deocamdată toate acestea aici, respectiv la faptul că relaționarea poate fi descrisă în termenii subiectului individual și că utilizarea nu poate fi descris decât în termenii de acceptare a existenței independente a obiectului, în proprietatea sa de a fi fost acolo tot timpul. Veți vedea că exact aceste probleme ne preocupă atunci când examinăm aria asupra căreia încerc să atrag atenția în lucrarea mea în lucrarea mea despre ceea ce am numit fenomene tranziționale.

Dar această schimbare nu se produce automat, ci doar prin procesul maturizării. Acesta este detaliul care mă interesează.

În termeni clinici, doi bebeluși sunt hrăniți la sân. Unul se hrănește din *Self*, cât timp sânul și bebelușul nu sunt încă (pentru bebeluș) fenomene separate. Celălalt se hrănește dintr-o sursă alta-decât-mine, sau dintr-un obiect căruia i se poate aplica un tratament cavaleresc fără alt efect asupra bebelușului, exceptând răzbunarea. Mamele, ca și analiștii, pot fi bune sau nu îndeajuns de bune; cineva poate și cineva nu îl poate ajuta pe bebeluș să treacă de la relaționare la utilizarea obiectului.

Aș dori să reamintesc aici că trăsătura esențială a conceptului de obiecte și fenomene tranziționale (în conformitate cu modalitatea mea de abordare a subiectului) este *paradoxul și acceptarea paradoxului*: bebelușul creează obiectul, însă obiectul era acolo așteptând să fie creat și să devină un obiect investit. Încerc să atrag atenția asupra acestui aspect al fenomenelor tranziționale insistând pe faptul că, după regulile jocului, știm cu toții că nu îl vom provoca niciodată pe bebeluș să dea un răspuns la întrebarea: ai creat asta sau ai găsit-o?

Sunt pregătit acum să procedez direct la expunerea tezei mele. Se pare că mă tem să ajung acolo, ca și cum m-aș teme că, odată teza expusă, scopul comunicării mele s-ar sfârși deoarece este atât de simplu.

Pentru a utiliza un obiect, subiectul trebuie să fi dezvoltat o *capacitate* de a utiliza obiecte. Aceasta face parte dintr-o schimbare în principiul realității.

Nu se poate spune că această capacitate este înăscută și nici că dezvoltarea ei în individ poate fi luată ca sigură. Dezvoltarea unei capacități de a utiliza un obiect este un alt exemplu al procesului maturativ, drept ceva ce depinde de un mediu facilitator⁶⁶

Secvența debutează, s-ar putea spune, cu relația de obiect, și se încheie cu utilizarea obiectului; între ele, totuși, se află poate cel mai dificil lucru din dezvoltarea umană; sau cea mai ingrată dintre toate eșuările timpurii ce va trebui reparată. Acest lucru situat între relaționare și utilizare este situarea de către subiect a obiectului în afara ariei de control omnipotent al subiectului; asta înseamnă percepția obiectului de către subiect ca fenomen extern și nu ca entitate proiectivă, în fapt recunoașterea lui ca o entitate în sine⁶⁷.

Această schimbare (de la relaționare la utilizare) înseamnă că subiectul distruge obiectul. Plecând de la acest fapt, un filosof de cameră ar putea emite argumentul că în practică nu există nimic altceva decât utilizarea obiectului: dacă obiectul este extern, atunci el este distrus de subiect. Dacă filosoful ar părăsi fotoliul său și s-ar așeza pe podea împreună cu pacientul, ar descoperi totuși că există o poziție intermediară. Cu alte cuvinte, va descoperi că după ce „subiectul se relaționează cu obiectul” urmează „subiectul distruge obiectul” (devenind exterior); și ar urma apoi „*obiectul supraviețuiește distrugerii de către subiect*”. Dar supraviețuirea poate exista sau nu. Apare astfel o altă trăsătură în teoria relației de obiect. Subiectul îi spune obiectului: „Te-am distrus”, iar obiectul se află acolo pentru a primi mesajul. De acum, subiectul spune: „Uăă, obiectule! Te-am distrus.” „Te iubesc!”,

⁶⁶ Alegând *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* ca titlu al cărții mele, în International Psycho-Analytic Library (1965), am arătat cât de mult am fost influențat de Dr Phyllis Greenacre (1960), la congresul de la Edinburgh. Din nefericire, nu am reușit să alătur în carte recunoștința pentru acest fapt. – D. W. W.

⁶⁷ În înțelegerea mea asupra acestui aspect am fost influențat de comunicarea personală a lui W. Clifford M. Scott, *c.a.*, 1940) – D. W.W.

„Ești prețios pentru mine fiindcă ai supraviețuit distrugerii mele.” „În timp ce te iubesc, eu te distrug mereu în *fantasma mea* (inconștientă).” Așa începe această fantasmă în individ. Subiectul poate *utiliza* acum obiectul fiindcă a supraviețuit. Este important să notăm că subiectul distruge obiectul nu numai fiindcă obiectul se află în afara ariei controlului omnipotent. Este la fel de important să afirmăm același lucru în sens invers și să precizăm că distrugerea obiectului este cea care îl plasează pe acesta în afara ariei de control omnipotent al subiectului. În aceste modalități, obiectul dezvoltă propria sa autonomie și viață și (dacă supraviețuiește) contribuie la subiect, în conformitate cu propriile lui trăsături.

Cu alte cuvinte, datorită supraviețuirii obiectului, subiectul poate acum să înceapă să-și trăiască viața în lumea obiectelor și în acest fel obține beneficii nemăsurate; însă trebuie plătit un preț - și anume acceptarea distrugerii ce are loc în *fantasma inconștientă*, în raport cu relația obiectală.

Permiteți-mi să mă repet. Este o poziție la care individul poate ajunge în stadiile timpurii ale dezvoltării sale emoționale numai prin intermediul supraviețuirii obiectelor investite care sunt, totodată, în curs de a fi distruse din cauză că sunt reale, și devin reale fiindcă sunt distruse (a fi destructibile și consumabile).

De aici înainte, acest stadiu fiind atins, mecanismul proiectiv contribuie la faptul de *a constata ce se află acolo*, dar nu există încă *motivele pentru care obiectul se află acolo*. În opinia mea, aici apare îndepărtarea mea de teoria care tinde să conceapă o realitate externă doar în termenii mecanismelor proiective ale individului.

Am ajuns aproape de finalul prezentării mele. Deși nu chiar, deoarece nu îmi este posibil să iau ca atare acceptarea faptului că primul impuls în relația subiectului cu obiectul (obiectiv perceput, nu subiectiv) este distructiv. (Mai devreme, am folosit cuvântul „cavaleresc”, în încercarea de a oferi cititorului o șansă de a-și imagina ceva la acest stadiu fără a preciza clar lucrurile.)

Postulatul central în această teză este acela că atunci când subiectul nu distruge obiectul subiectiv (materialul proiecției), distrugerea revine și devine principala trăsătură pe măsură ce obiectul este

obiectiv perceput, are autonomie și aparține realității „împărtășite”. Aceasta este partea dificilă a tezei mele, cel puțin pentru mine.

Se admite în general că principiul realității îl incită pe individ la furie și la distrugere reactivă, însă teza mea este că distrugerea își joacă rolul în fabricarea realității, situând obiectul în afara *Self*-ului. Pentru a se întâmpla asta, sunt necesare unele condiții favorabile.

Aceasta este o chestiune simplă ce ține de examinarea principiului realității prin prisma forței sale. Așa cum văd eu, suntem familiari cu schimbarea prin care mecanismele proiecției îi permit subiectului să ia cunoștință despre obiect. Aceasta nu înseamnă a afirma că obiectul există pentru subiect din cauza acțiunii mecanismelor proiecției subiectului. La început, observatorul folosește cuvinte ce par să se aplice ambelor idei în același moment, dar, la o examinare atentă, vedem cum cele două idei nu sunt deloc identice. Exact spre acest aspect este îndreptat studiul nostru.

În stadiul de dezvoltare care se află în atenția noastră, subiectul creează obiectul, în sensul de a-l descoperi în afara lui însuși, și trebuie adăugat că această experiență depinde de capacitatea obiectului de a supraviețui. (Este important de observat că a „supraviețui” în acest context înseamnă „a nu se răzbuna”). Dacă acestea se întâmplă într-o analiză, atunci analistul, tehnica analizei și locația analizei - toate participă la a supraviețui sau a nu supraviețui atacurilor distructive ale pacientului. Această activitate distructivă reprezintă încercarea pacientului de a plasa analistul în afara ariei de control omnipotent, adică în afara lumii. Fără experiența distrugerii maxime (obiectul nefiind protejat) subiectul nu plasează niciodată analistul în afară și deci nu face niciodată mai mult decât să experimenteze un fel de auto-analiză, folosind analistul ca o parte a *Self*-ului. În termenii hrănirii, pacientul se poate hrăni doar pe sine însuși și nu poate folosi sânul pentru a câștiga în greutate. Pacientului s-ar putea chiar să îi placă experiența analitică, dar nu se va schimba fundamental.

Și dacă analistul este un fenomen subiectiv, cum rămâne cu disponibilitatea de a se cheltui?

O afirmație ulterioară în termenii randamentului este necesară.⁶⁸

În practica psihanalitică, schimbările pozitive care se produc în această arie pot fi profunde. Nu depind de munca interpretativă. Depind doar de supraviețuirea analistului la atacuri, ceea ce implică și include ideea de absență a unei calități transformate în răzbunare. Aceste atacuri pot fi foarte dificile pentru analist, foarte greu să le suporte⁶⁹, mai ales când sunt exprimate în termenii iluziei sau prin manipulare, ceea ce-l determină pe analist să facă lucruri care sunt defectuoase din punct de vedere tehnic. (Mă refer la situații de genul a nu fi de încredere atunci când încrederea e tot ceea ce contează, ca și la supraviețuirea prin a rămâne viu, în absența calității răzbunării.)

Analistul simte nevoia să interpreteze, dar aceasta poate dăuna procesului, iar pentru pacient poate părea ca un fel de auto-apărare, analistul parând atacurile pacientului. Mai bine să așteptăm până când faza se sfârșește și apoi să discutăm cu pacientul ce s-a întâmplat. Această atitudine este legitimă, cu siguranță, deoarece orice analist își are propriile nevoi; dar interpretarea verbală în acest moment nu este esențială și prezintă și ea propriile pericole. Caracteristica principală o reprezintă supraviețuirea analistului și păstrarea intactă a tehnicii psihanalitice. Imaginați-vă cât de traumatică poate fi moartea reală a analistului atunci când o astfel de activitate este în desfășurare, deși nici chiar moartea analistului nu e atât de rea precum dezvoltarea în analist a unei schimbări de atitudine față de răzbunare. Acestea sunt riscurile pe care pacientul trebuie pur și simplu să și le asume. De obicei, analistul trăiește prin aceste faze de mișcare în transfer, iar după fiecare fază apare răsplata sub formă de dragoste, întărită de fundalul distrugerii inconștiente.

Mi se pare că ideea unei faze de dezvoltare care să implice în mod esențial supraviețuirea obiectului afectează teoria cu privire la rădăcinile agresivității. Nu este bine să spunem că un bebeluș de câteva zile invidiază sânul. Este totuși legitim să spunem că orice vârstă ar avea bebelușul atunci când începe să permită sânelui o poziție externă (în afara ariei de proiecție), distrugerea sânelui devine o

⁶⁸ Următoarea sarcină a unei persoane care lucrează în acest domeniu este reafirmarea problemei în termenii disponibilității

caracteristică. Mă refer la impulsul real de a distruge. Este un lucru foarte important pe care îl face mama, acela de a fi prima persoană care poartă bebelușul prin această primă versiune (din multe care vor mai veni) a atacului la care se supraviețuiește. Acesta este momentul corect în dezvoltarea copilului, din cauza neputinței relative a copilului, astfel încât distrugerii să i se poată supraviețui destul de ușor. Totuși, chiar și așa este o problemă delicată; este doar prea simplu pentru mamă să reacționeze moral când bebelușul ei mușcă și rănește⁷⁰. Dar acest limbaj care implică „sânul” este jargon. Toată aria de dezvoltare și management este implicată, în care adaptarea este legată de dependență.

Se va vedea că, deși folosesc cuvântul „distrugere”, această distrugere ține de eșecul obiectului de a supraviețui. Fără acest eșec, distrugerea rămâne ipotetică. Cuvântul „distrugere” este necesar nu din cauza impulsului bebelușului de a distruge, ci din cauza tendinței obiectului de a nu supraviețui, ceea ce înseamnă și că suferă schimbări calitative, în atitudine.

Punctul de vedere prezentat de mine în acest capitol face posibilă o nouă abordare a întregului subiect al rădăcinilor agresivității. De exemplu, nu este necesar să dăm agresivității înnăscute mai multă atenție decât dăm oricăror altor caracteristici înnăscute. Fără îndoială că agresivitatea înnăscută trebuie să varieze în sens cantitativ în același mod în care orice altceva care este moștenit variază de la un individ la altul. Prin contrast, variațiile care apar din diferențele în experiența diversilor nou-născuți în funcție de cum au fost sau nu purtați de-a lungul acestei faze foarte dificile sunt mari. Astfel de diferențe în domeniul experienței sunt într-adevăr imense. Mai mult, bebelușii care au fost înțeleși bine de-a lungul acestei faze vor fi probabil mai agresiv *clinic* decât cei care nu au fost înțeleși bine decât cei pentru care agresivitatea este ceva ce nu poate fi realizat sau ceva care poate fi asimilat numai sub forma imperativului de a fi un obiect de atac.

Aceasta implică rescrierea teoriei asupra rădăcinilor agresivității, din moment ce majoritatea a ceea ce a fost deja scris de către analiști a fost formulat fără referire la ceea ce este discutat în acest

⁶⁹ Când analistul știe că pacientul are un revolver, atunci, mi se pare că această muncă nu se poate face

capitol. Presupunerea există deja acolo, în teoria ortodoxă: agresiunea este reactivă la întâlnirea cu principiul realității, întrucât aici este tendința distructivă cea care creează calitatea externă. Acesta este punctul central în structura argumentației mele.

Să analizăm o clipă locul exact al acestui atac și al acestei supraviețuiri în ierarhia legăturilor. Mai primitivă și destul de diferită este anihilarea. Anihilarea înseamnă „nici o speranță”; „investirea” piere, deoarece nici un rezultat nu desăvârșește reflexul de a produce condiționare. Pe de altă parte, atacul cauzat de furia întâlnirii cu principiul realității este un concept mai sofisticat, posterior distrugerii postulate aici. *Nu există furie* în distrugerea obiectului la care mă refer, deși se poate spune că există o bucurie în supraviețuirea obiectului. Din acest moment sau provenind din această fază, obiectul este întotdeauna distrus numai *în fantasmă*. Această calitate de „a fi întotdeauna distrus” face ca realitatea supraviețuiri obiectului să fie simțită ca atare, întărește tonul emoției și contribuie la constanța obiectului. Obiectul poate fi acum folosit.

Aș dori să închei cu o notă asupra utilizării. Prin „a utiliza” nu înțeleg „a exploata”. Ca analiști, știm ce poate fi utilizat, ceea ce înseamnă că putem vedea sfârșitul tratamentului în câțiva ani de acum înainte. Mulți dintre pacienți vin cu această problemă deja rezolvată - pot utiliza obiecte, ne pot utiliza pe noi, pot utiliza analiza, tot așa cum și-au utilizat părinții și frații și casele. Totuși, există mulți pacienți care au nevoie de noi pentru a-i ajuta să dobândească capacitatea de a ne utiliza. În întâmpinarea nevoilor unui astfel de pacient trebuie să știm ceea ce discutăm acum aici despre supraviețuirea distrugerii de către aceștia. Un fundal al distrugerii inconștiente a analistului este stabilit și îi putem supraviețui sau, alternativ, aceasta este o altă analiză interminabilă.

Rezumat

⁷⁰ De fapt, dezvoltarea bebelușului este foarte complicată dacă se întâmplă să se nască cu un dinte, astfel încât atacul gingiei asupra sânelui nu poate fi încercat niciodată – D.W.W.

Relaționarea cu obiectul poate fi descrisă în termenii experienței subiectului. Descrierea utilizării obiectului implică analizarea naturii obiectului. Ofer, spre a fi discutate, motivele pentru care, în opinia mea, capacitatea utilizării unui obiect este mai complicată decât capacitatea de a se relaționa cu obiectele; și relaționarea se poate face cu un obiect subiectiv, dar utilizarea implică faptulca obiectul să facă parte din realitatea externă.

Se observă că: 1) Subiectul se *relaționează* cu obiectul. 2) Obiectul este în curs de a fi găsit, în loc de a fi poziționat în lume de către subiect 3) Subiectul *distruge* obiectul. 4) Obiectul supraviețuiește distrugerii. 5) Subiectul poate *utiliza* obiectul.

Obiectul este întotdeauna distrus. Această distrugere se transformă în fundalul dragostei pentru obiectul real: adică, un obiect din afara ariei de control omnipotent al subiectului.

Studierea acestei probleme implică afirmarea valorii pozitive a distrugerii. Distrugerea, plus supraviețuirea obiectului la această distrugere, plasează obiectul în afara ariei de obiecte poziționate de mecanismele mintale proiective ale subiectului. În acest fel, este creată o lume a realității împărtășite pe care subiectul o poate utiliza și care poate întoarce către subiect substanța altcineva-decât-mine.

II. Visul lui D.W.W. legat de recenzia asupra lui Jung

O relatare dintr-o scrisoare către un coleg, scrisă la 29 decembrie 1963

Acesta a fost unul din lunga suită de visuri semnificative pe care le-am avut înaintea, în timpul și după analiză. Aceste vise par a fi un rezultat al muncii depuse, și fiecare din ele a reprezentat un câștig în raport cu dezvoltarea Eului sau o nouă iluminare. Acest vis a avut o importanță deosebită pentru mine, deoarece a lămurit misterul unui element din psihologia mea la care analiza nu a putut ajunge, și anume sentimentul că ar fi în regulă dacă cineva mi-ar tăia capul pentru a-l deschide (din

față în spate) și pentru a lua ceva de acolo (o tumoră, un abces, un sinus, o supurare), ce există și se simte ca fiind în centru, în spatele rădăcinii nasului.

Visul a durat ceva, cu siguranță douăzeci de minute, și împreună cu analizarea lui a ocupat cam două ore din noapte. Nu a fost un coșmar deoarece nu a amenințat niciodată capacitatea Eului meu de a rămâne stăpân pe situație.

Există o cantitate imensă de detalii care sunt personale și care pot fi ignorate. Pot descrie visul în termenii metapsihologiei, fără a pierde nimic, deoarece, odată ce visul a fost visat și acceptat, travaliul lui a fost făcut, ca să spunem așa, iar rezultatul este permanent pentru mine.

Visul poate fi relatat în trei părți:

1. Era o distrugere absolută și eram o parte a lumii și a tuturor oamenilor și, deci, am fost distrus. (Ceea ce este important în stadiile timpurii e modul în care distrugerea pură s-a eliberat de toate ameliorările cum ar fi relaționarea cu obiectul, cruzimea, senzualitatea, sado-masochismul etc.)
2. Apoi era o distrugere absolută și eu eram agentul distructiv. Asta era o problemă pentru Eu: cum să integreze aceste două aspecte ale distrugerii?
3. În partea a treia *mă trezesc* în vis. Treaz fiind, îmi amintesc că am visat și (1) și (2). Am rezolvat astfel problema prin utilizarea diferenței dintre stările de somn și veghe. Eram treaz în vis și știam că visasem că am fost distrus și că am fost agentul distructiv. Nu a existat nici o disociere, așa că toți cei trei Eu erau împreună, în legătură unul cu celălalt. Îmi aminteam Eul care visa (1) și Eul care visa (2). Aceasta mi-a adus o satisfacție deosebită, deși munca depusă a fost foarte solicitantă pentru mine.

Acum încep să mă trezesc.

Ceea ce am știut din prima clipă a fost că *aveam o puternică durere de cap*. Puteam să-mi văd capul tăiat în două, cu o spărtură neagră între partea dreaptă și partea stângă. Cuvintele „durere de cap despicat” m-au trezit și am înțeles acuratețea descrierii; aceasta mi-a permis să revin treptat la starea de veghe, iar în aproximativ o jumătate de oră durerea de cap m-a lăsat. În timp ce stăteam întins

suportând durerea de cap, mi-am reamintit tot visul și, o dată cu el, impresia că acum cunosc importanța deosebită a numărului trei. Aveam aceste trei niveluri de Eu (3) care își putea aminti visurile de când era pe rând Eu (1) și Eu (2). Fără Eu (3), trebuia să rămân împărțit în două, rezolvând problema alternativ în sadism și masochism, utilizând relaționarea cu obiectul, adică relaționându-mă cu obiectele percepute în mod obiectiv.

Eram deosebit de conștient în cea de-a treia parte a visului, iar când m-am trezit acea calitate de a distruge ținea de relaționarea cu obiecte care sunt în afara lumii subiective sau a ariei de omnipotență. Apoi, este lumea percepută obiectiv și distrugerea ei absolută, în toate detaliile ei.

Eram de asemenea conștient înainte ca visul să se îndepărteze de mine, înainte de a mă trezi complet, că am visat un vis pentru Jung și pentru câțiva dintre pacienții mei, cât și pentru mine. Jung pare să nu aibă nici un contact cu impulsurile sale distructive primitive și sprijină această idee prin scrierile lui. Când se juca, copil fiind, construia și apoi distrugea din nou și din nou; nu se descrie jucându-se constructiv în relație cu a fi distrus (în fantasma inconștientă). În recenzia mea, am corelat acestea cu dificultatea pe care s-ar fi putut să o fi întâmpinat Jung, de a fi îngrijit de o mamă depresivă (dacă acesta este adevărul).

Un fragment din scrisoarea care însoțea visul

Alăturat este visul meu.

Se referă la substratul profund al distructivității și totuși la o modalitate oarecum sofisticată (înțelepciune a Eului) de a face față acestei distrugerii.

De inserat la thrd Schema pagina 230 original

Aria de experimentare a omnipotenței, adică nu distruge

Principiul realității

Această linie se află între operarea în sfera ideii de omnipotență și în afara ei. Dacă facem o simplă călătorie peste linie atunci aceasta este locul pentru distrugere 100 %.

În starea de sănătate, *Self*-ul este ajutat (de către o mamă obișnuit devotată) prin oferirea ariei de experimentare a omnipotenței, în timpul experimentării trecerilor peste linie, în tărâmul pierdut al realității distruse. Tărâmul pierdut începe să aibă trăsăturile proprii, sau valoare de supraviețuire etc., și, surprinzător, copilașul înțelege că de fapt distrugerea totală nu înseamnă distrugere totală.

III. Note scrise în tren, partea a II-a

Scrise în aprilie 1965

Dezvoltarea temei controlului

Axiomă. Nu este profitabil să discutăm despre control separat de enunțarea diagnosticului copilului sau al adultului care poate fi pus sub control.

În abordarea problemei diagnosticului acelora supuși controlului, un factor important va fi maturitatea (relativă) a individului văzută istoric și calitatea legăturii cu obiectul primar iubit pe care el sau ea îl stabilește. Sugerez că am putea specula profitabil în modul următor:

Ce poate face un om cu un obiect? La început, relația este cu un obiect subiectiv. Treptat, subiectul și obiectul se separă, iar apoi este relația cu obiectul perceput în mod obiectiv. Subiectul distruge obiectul.

Aceasta merge mai departe și se împarte în: 1) subiectul păstrează obiectul; 2) subiectul *utilizează* obiectul; 3) subiectul *distruge* obiectul.

1) Aceasta este idealizarea.

2) Utilizarea obiectului: este o idee complicată, o realizare a dezvoltării emoționale sănătoase, obținută doar prin sănătate și în decursul timpului.

Între timp apare

1) clinic, ca o trecere a obiectului dinspre perfecțiune spre un soi de răutate (denigrare, murdărire, rupere etc.). Aceasta protejează obiectul, deoarece numai obiectul perfect este cel care merită să fie distrus. Aceasta nu este idealizare, ci denigrare.

Pe parcursul dezvoltării individuale, devine posibil ca distrugerea să aibă o reprezentare adecvată în fantasma (inconștientă), respectiv elaborarea funcționării corpului și a experiențelor instinctuale de toate felurile.

Acest aspect al dezvoltării permite individului să se intereseze de distrugerea care are loc o dată cu relaționarea cu obiectul și să experimenteze vina legată de ideile distructive care vin împreună cu dragostea. Pe aceste baze individul găsește motivația pentru efortul constructiv și pentru oferire și reparație (reparația și restituirea lui Klein).

Problema practică vine aici din distincția dintre:

1. stricarea obiectului bun pentru a îl restitui mai puțin bun și deci mai puțin atacabil și
2. distrugerea care se află la rădăcina relaționării cu obiectul și care devine (în sănătate) canalizată spre distrugerea care are loc în inconștient, în realitatea psihică internă a individului, în visele și activitățile lui, în expresia creativității acestuia.

Ultima, distrugerea, nu are nevoie de control; necesară aici este asigurarea condițiilor care permit dezvoltarea emoțională a individului, continuă - de la cele mai timpurii stadii ale copilăriei până în momentul în care complexitatea fantasmelor și a deplasării devin accesibile individului în căutarea de către el a unei soluții personale.

În contrast, denigrarea compulsivă, murdărirea și distrugerea care țin de primul punct, respectiv alterarea obiectului, cu intenția de a-l face mai puțin interesant și mai puțin demn de distrugere - aceasta merită atenția societății. De exemplu: persoana antisocială care intră într-o galerie de artă și

ciopârtește o pictură a unui maestru celebru nu este însuflețită de dragoste față de tablou și, de fapt, nu este atât de distructivă pe cât este un iubitor de artă care păstrează pictura și o utilizează din plin distrugând-o în fantasma inconștientă, iar și iar. Totuși, singurul act de vandalism al vandalului afectează societatea, iar aceasta trebuie să se protejeze. Acest exemplu mai degrabă crud poate folosi la a arăta existența unei mari diferențe între distrugerea care este inerentă în relaționarea cu obiectul și distrugerea care rezultă din imaturitatea unui individ.

În același fel, comportamentul heterosexual compulsiv are o etiologie complexă și este foarte departe de capacitatea unui bărbat și a unei femei de a se iubi într-un mod sexual, atunci când au decis că vor locui împreună într-o casă și că vor avea copii. În primul caz, este inclus elementul stricării a ceea ce este perfect sau a fi stricat și deci de a nu mai fi perfect, într-un efort de a reduce anxietatea. În al doilea caz, persoane relativ mature au avut de-a face cu distrugerea, cu preocuparea, cu sentimentul de vină din interiorul lor, și sunt liberi să plănuiască o legătură sexuală constructivă, fără a nega elementele crude care se află în jurul fantasmei sexului total.

Este surprinzător să descoperi cât de puțin știe un iubit romantic sau un adolescent heterosexual *despre fantasma sexului perfect*, conștient și inconștient, incluzând competiția, cruzimea, elementele pregenitale de distrugere crudă și pericolele.

Aceia care afișează Steagul Progresului în educație au nevoie să studieze aceste lucruri, altfel vor interpreta greșit heterosexualitatea ca sănătate și vor considera că este convenabil atunci când violența nu apare, sau se manifestă doar în reacțiile iraționale pacifiste ale adolescenței, care are doar puține legături cu realitățile crude ale lumii reale în care acești adolescenți vor intra într-o zi ca adulți în competiție.

IV. Utilizarea cuvântului „utilizare”

Din 5 februarie 1968

Ne-am obișnuit atât de mult cu cuvintele din utilizarea lor, ele devenind astfel atât de tocite, încât avem nevoie din când în când să le luăm pe rând și să le analizăm, și să determinăm, atât cât ne stă în putință, nu numai cum a luat naștere cuvântul prin etimologie, dar și cum îl utilizăm noi acum.

Am ales să analizez cuvântul „utilizare” pentru că am vrut să văd ce am vrut să spun atunci când mi-am încheiat o conferință publică cu următoarele cuvinte: „și este probabil cel mai mare compliment pe care îl putem primi dacă suntem atât găsiți, cât și utilizați”⁷¹

Când am spus asta, am vorbit la modul general, dar din context se poate observa că mă refeream în mod particular la utilizarea pe care un pacient o poate da unui analist și mă refeream de asemenea și la prototip, la utilizarea mamei de către copil într-o experiență sănătoasă a cuplului de îngrijire.

În descrierea unui îndelungat tratament psihanalitic se poate spune că pacientul a utilizat analistul tot timpul, mai ales dacă includem „pierdere” în cuvântul „utilizare”. Totuși, în cazul anumitor pacienți, există un moment sau un spațiu în analiză când se poate spune că, dacă până acum pacientul nu a utilizat într-un anumit sens analistul, acum, și de acum înainte, pacientul va utiliza analistul. Ceva s-a întâmplat cu pacientul, iar asta face ca această schimbare a limbajului să fie corectă. Urmarea imediată este modificarea corespunzătoare a experienței pacientului, care se găsește acum în situația de a fi el însuși utilizat. Aceasta poate oferi o mare satisfacție pacientului și poate fi o răsplată pentru ani de zile de căutări oarbe, așa cum pare a fi analiza.

Am ținut seama de faptul că aceste probleme nu erau foarte semnificative pentru unii dintre pacienții mei, în timp ce pentru alții această schimbare era chiar cea pe care o căutau. Așa cum se întâmplă adeseori atunci când discutăm despre un mecanism psihanalitic, problema este una de diagnostic; iar dacă am fi mai buni la diagnosticare, am economisi, pentru noi și pentru pacienții noștri, mult timp și multă disperare.

⁷¹ “Comunicarea între copilul mic și mamă și mama și copilul mic, în comparație și contrast”, în “*Babies and their mothers*,” Winnicott (Citită, Addison Wesley, 1987)

II

O întrebare pertinentă în acest moment este: care starea de dinainte de utilizare, înainte ca acel analizand să utilizeze analistul? Este posibil să descrii nu numai libelula, dar și procesul de metamorfozare și crisalida în sine? Aceasta ar fi într-adevăr bine.

Nu e așa că înainte de transformarea în utilizare pacientul (subiectul) protejează analistul (obiectul) de a nu fi utilizat? În situația extremă, subiectul este părăsit cu un obiect ideal, sau cu un obiect idealizat, perfect, și inaccesibil.

Nuanțând, există utilizare prin risipire, adică ura poate fi exprimată în termenii risipirii. Dar sentimentul risipirii este ceva simțit de către obiectul care este protejat. Observatorul trebuie să decidă dacă un exemplu de neutilizare conține sentimente de ură și dacă în acest stadiu al expunerii mele sunt interesat doar de neutilizare, ca provenind automat din protejarea obiectului de către subiect.

Avem subiectul și obiectul, dar în experiența subiectului nu poate exista utilizarea obiectului. În practică, cel analizat nu poate utiliza analistul, astfel încât sarcina principală a analistului este să îl ajute pe cel analizat să devină capabil de a utiliza, cu corolarul de a deveni capabil să fie utilizat.

Evident, cele mai strălucitoare ilustrări ale acestei stări de lucruri sunt probabil acele numeroase cazuri niciodată întâlnite, deoarece simptomul pacientului înlătură orice utilizare a analistului.

Pe lângă aceasta, vedem multe tratamente care sunt extensii infinite ale neutilizării, menținute din teamă de confruntare cu problema în sine – care este inabilitatea de a utiliza și de a fi utilizat. Analiștii trebuie să împartă cu astfel de pacienți responsabilitatea tratamentelor care țin de această categorie de disconfort.

Se întâmplă des să studiem extremele pentru a putea pătrunde în mediul problemelor comune care au devenit acute sau chiar dominante în anumite momente ale tratamentului, dar care necesită să fie

cântărite împreună cu mulți alți factori atunci când este descrisă persoana care este subiectul istoricului cazului. Pacienți relativ sănătoși pot ajunge în momente de criză în tratamentul lor și în aceste momente se poate spune că nimic altceva nu contează decât rezolvarea acestei probleme: cum ar putea subiectul să ajungă să fie capabil de a utiliza și de a fi utilizat?

V. Ilustrarea clinică a „utilizării obiectului”

Prezentată Societății New-yorkeze de Psihanaliză la 12 noiembrie 1968

Mă refer la un bărbat căsătorit în vârstă de 50 de ani, o persoană erudită, respectată în cercurile academice. Este foarte sensibil și fără îndoială nu este foarte satisfăcut ca soț din punct de vedere fizic. Există, însă, o foarte bună înțelegere între el și soția lui, împreună cu care locuiește, cu care are o familie și aceleași preocupări profesionale.

Acest bărbat este extrem de non-agresiv și tot timpul consideră că el este de vină atunci când lucrurile nu merg bine. Alături de această lipsă de agresivitate există o încăpățănare care s-a dovedit a fi o alternativă, așa încât se află într-o poziție sus-pusă în munca pe care o depune. Pe de altă parte, sunt câteva simptome care îl deranjează destul de tare. Cele două simptome care au legătură unul cu celălalt sunt:

1. Știe că este capabil de a fi foarte creativ în domeniul lui, dar nu a realizat multe, cu siguranță mult mai puține decât este capabil. Își ocupă timpul cu chestiuni administrative, astfel încât să nu observe faptul dureros că nu este creativ. Este însă o persoană cunoscută în domeniul restrâns în care a putut funcționa bine în stadii mai timpurii.
2. Îl deranjează anumite impulsuri necontrolabile care iau forma blasfemiei. E ca și cum trebuie să se gândească la tot ce este sacru, sfânt sau pur și să îl scuie sau să îl murdărească. Este victima fobiei păcatului asupra Duhului Sfânt.

Pe măsură ce analiza acestui bărbat înaintază, se poate observa că suferă de o reacție la tiparele mediului în care înadecvarea consta într-un tată prea slab și o mamă puternică. Controlul agresivității nu venea de la tatăl său, iar mama trebuia să îl suplinească, și el a trebuit să folosească severitatea mamei sale, dar rezultatul a fost că nu a mai putut să își utilizeze mama ca refugiu. Simptomul care decurge de aici este lipsa somnului.

Când este vorba de a-l ajuta pe acest bărbat, el simte că analistul și teoria psihanalitică îl îndeamnă să devină agresiv, ceea ce el nu dorește. De obicei, înțelege greșit interpretările și răstălmăcește ceea ce a fost spus în termenii invitației de a deveni agresiv. Se petrece treptat o schimbare datorită abilității omului de a visa și în vis de a ajunge la agresivitate mai degrabă decât la masochism.

Într-o zi, la o descriere mai detaliată, și-a cerut scuze pentru că nu și-a făcut temele. Știu acum că aceasta înseamnă că va afla că și-a făcut temele, dar într-un mod inconștient, și că nu a trebuit să utilizeze apărarea lucrului conștient sau deliberat cu visurile și integrarea fostelor ședințe de analiză datorită utilizării inteligenței sale deosebite.

Curând, s-a ajuns la o anumită atitudine care avea de a face cu refuzul lui de a deveni agresiv, ca și cum asta ar fi vrut analistul de la el. A citat din Blake: „Mi-e teamă de furia propriei mele minți”. Și a vorbit despre felul în care Blake avea toate aceste temeri primitive de agresivitate îndreptată către figura mamei, dar și cum a reușit el să sublimeze chiar întorsătura de care îi era teamă. Aceasta a dus la afirmația pacientului că se gândește că mai bine ar renunța la încercarea de a analiza problemele pe care le are și, precum Blake, ar găsi o modalitate de a utiliza viața prin care să rezolve problema sa personală, atât cât se poate aștepta de la un bărbat de vârsta lui. Cum s-a putut întoarce la impulsurile primitive și la temerile copilăriei lui? Aceasta a dus la o discuție asupra Dumnezeului omului de rând din secolul al șaptesprezecelea în comparație cu Dumnezeul zilelor noastre.

A urmat o descriere a lui Cromwell și a statutului său social și a Dumnezeului de pe vremea lui Cromwell. A menționat cazul unui om care a avut un gând necurat și cum un găinaț de pasăre a

căzut pe capul lui și s-a afundat atât de mult încât omul a murit în trei zile. În acest context, Dumnezeu din perioada lui Cromwell poate fi utilizat ca un substitut pentru absența unui tată suficient de sever, dar în prezent ideea unui Dumnezeu neîndurător poate fi văzută numai ca un fenomen subiectiv și deci nu este de nici un folos. Tot ce putea face era să revină la faptul trist că tatăl său era un om slab și că severitatea se afla în mama lui. Deci nu a putut niciodată să se confrunte și să se înțeleagă cu tatăl lui pe care l-a urât. Se simțea fără speranță din acest punct de vedere.

Eram acum într-un punct în care mai fusesem. Îl aveam pe Blake, sau un bărbat ca Blake. Existau două alternative. Una era să nu rupă niciodată zăgazul. Astfel, rămânea la impresia că pornirile lui sunt deosebit de puternice și de distructive, producând un mediu restrictiv. Alternativa nu putea fi atinsă de acest bărbat asemănător lui Blake. Nu putea să rupă zăgazurile, asumându-și riscul implicat și să afle, probabil, că lumea și oamenii dimprejur nu s-au schimbat.

Pacientul meu se află în situația de a-și proteja întotdeauna mama, pentru că trebuie să o păstreze pentru a putea avea o fărâmbă de odihnă sau de relaxare. De aceea nu știe că probabil mama sa a supraviețuit atacului său impulsiv. Un tată puternic dă posibilitatea copilului să își asume riscul pentru că tatăl stă în drum sau este acolo pentru a îndrepta sau preveni prin severitatea lui.

Rezultatul cu pacientul meu, ca de obicei în astfel de cazuri, a fost că a trebuit să își impună controlarea impulsurilor într-o fază foarte timpurie, înainte de a fi pregătit să o facă pe baza introiecției figurii tatălui. Aceasta înseamnă că a devenit inhibat. Inhibiția se manifestă asupra întregii spontaneități, și a impulsurilor, în caz că vreun aspect al impulsului ar putea fi distructiv. Această inhibiție masivă necesară a inclus și gesturile sale creative, astfel încât a rămas cu inhibiții, lipsă de agresivitate și lipsă de creativitate.

După aceea m-am uitat înapoi și bineînțeles că am descoperit temele făcute de acest bărbat. A produs un vis fără să știe; dacă l-ar fi știut, ar fi devenit mult prea deliberat, conștient și intelectual. Ceea ce a făcut este oarecum la întâmplare, ca și cum ar fi fost o parte a unei discuții prietenești care

ține de începutul câtorva ședințe, această poveste a lui Cromwell. Luat ca vis, Cromwell a fost un om sever care a tăiat de fapt capul figurii care este tatăl, capul Regelui. Pacientul, care știe multe despre istorie, a putut să completeze toată povestea lui Cromwell, arătând ce bine exprima ea visul, pe care nu știa că l-a produs, în care el, precum Cromwell, a întâlnit figura severă a tatălui (de fapt sub forma Dumnezeului secolului al șaptesprezecelea și a directorului școlii sale) și cum a castrat această figură în termenii execuției Regelui. În istorie, rezultatul nu a fost atât de bun din punctul de vedere al lui Cromwell, deși este posibil ca, luat în mare, actul lui Cromwell să fi fost benefic ca o acțiune politică și să nu fi fost un caz clar de motivație distructivă. În cazul pacientului meu, mai este încă de lucru deoarece există supraviețuirea monarhiei sau, în orice caz, supraviețuirea sistemului politic îmbunătățit probabil prin agresivitatea neînfricată a lui Cromwell.

Pacientul meu lucrează încă asupra visului în care el însuși este în poziția lui Cromwell, în loc de aceste acte impulsive stângace care nu vor putea niciodată produce un Dumnezeu răzbunător pentru un bărbat din secolul al douăzecilea care este agnostic și care nu va putea niciodată schimba faptul că tatăl său, un om drăguț, a fost de fapt membrul slab al cuplului parental.

VI. Comentarii asupra lucrării mele „utilizarea obiectului”

Din 5 decembrie 1968

Comentariu I

În concepția mea, ideea principală din această lucrare necesită o rescriere a unei idei importante în teoria psihanalitică. Voi formula în felul următor.

Dr Fine s-a referit la teoria libidoului, expusă clar în termenii Hartmann-Kris-Loewenstein și în lucrarea „*Mecanisme de apărare*” a Annei Freud etc. Vom continua să predăm despre stadiile libidoului și despre zonele erogene, datorită adevărului pe care îl aduc acestea teoriei noastre. Predăm, de asemenea, despre faptul că, în condiții de sănătate, avem de-a face cu o *intricare* a

pulsiiunilor libidinale și agresive (deși aici putem avea probleme, deoarece la început pulsiiunile agresive au fost asociate cu erotismul muscular, și nu cu furia sau cu ura).

Cercetarea mea amănunțită, utilizând multe cazuri de durată și un material foarte stufos de psihiatrie a copilului pe termen scurt, îmi dovedește că teoria noastră în ceea ce privește intricarea este și corectă și greșită, în același timp. Eu încerc să îmi aduc contribuția asupra părții care este greșită.

Există o etapă anterioară care motivează conceptul de intricare. În dezvoltarea timpurie a individului, nu există intricare, pentru că în activitatea ce caracterizează vitalitatea bebelușului ceea ce există începe ca o unitate sau un întreg. Pentru a ajunge repede la ideea mea se poate folosi profitabil ideea de foc ieșit din gura unui dragon. Citez din Plinius, care (preaslăvind focului) scrie: „Cine poate spune dacă în esență focul este constructiv sau distructiv?”⁷² Într-adevăr, baza psihologică pentru aspectul la care mă refer este prima, iar a doua respirație, în exterior.

Lucrarea pe care am prezentat-o oferă psihanalizei o șansă să reconsidere acest subiect. În acest important stadiu timpuriu al vieții, vitalitatea „distructivă” (prin foc sau altfel) a individului este pur și simplu un simptom al faptului de a fi viu și nu are nimic de-a face cu furia individului privind frustrările care țin de confruntarea cu principiul realității.

Așa cum am încercat să formulez, impulsul este distructiv. Supraviețuirea obiectului duce la utilizarea obiectului, iar aceasta duce la separarea a două fenomene:

1. fantasma și
2. plasarea obiectului în afara ariei de proiecție

Astfel, această imperioasă nevoie distructivă are o funcție vitală pozitivă (când, prin supraviețuirea obiectului, funcționează) și anume obiectivizarea obiectului (analistul în transfer). Această sarcină este evitată în personalitatea schizoidă sau în cazurile „borderline” și, probabil, în boala schizoidă (vezi Comentariul II)

⁷² Vezi B. Farrington, “Știința greacă” (Londra: Pelican BOOKs, 1953)

Înțeleg că toate acestea pot conține imperfecțiuni, dar, dacă reușesc să mă fac înțeles, se poate totuși discuta.

În practică, rezultatul poate avea o foarte mare importanță, luminând chiar și caracteristicile adolescentului pentru care binele nu este ceea ce este oferit prin binele părinților, ci ceea ce este forțat să existe prin ceea ce distruge adolescentul. Sarcina părinților și sarcina societății este aici (ca și în cazul mamei și copilului) una de supraviețuire, iar aceasta include supraviețuirea împreună cu calitatea de a nu se răzbuna, adică un control a ceea ce adolescentul aduce fără a reacționa la provocare, chiar și atunci când este provocat. Dar aceasta este o aplicare (cred eu) a noului meu principiu asupra capacității de a utiliza un obiect care ajunge la subiect prin experiențe care implică supraviețuirea obiectului.

Comentariul II

Îmi dau seama că această idee a pulsiei primare distructive este greu de înțeles. Ea are nevoie de atenție și de discuție. Pentru ajutor, voi preciza că mă refer la chestiuni ca *nerăbdarea*. Trebuie să includ chestiuni ca expirația, salivarea, arderea, și anumite experiențe senzoriale cum ar fi sensibilitatea senzorială excesivă din primele minute de după naștere și anumite caracteristici ale mirosului, fenomene care sunt intolerabil de reale sau aproape, pentru bebeluș, chiar și în condiții îndeajuns de bune de *holding* și *handling*. Doar în acest caz obscuritatea poate avea o valoare superioară unei false clarificări.

Se pare că Rilke, folosind *Raum* și *Welt*, se referă la aceeași idee în termenii mediului. *Raum* este un spațiu infinit în care individul poate opera fără a trece prin experiența riscantă a distrugerii și a supraviețuirii obiectului; *Welt* este, în opoziție, lumea care a devenit, prin supraviețuire, obiectificată de individ și pasibilă de a fi utilizată.

VII. Utilizarea obiectului în contextul lucrării *Moise și monoteismul*

Datată din 16 ianuarie 1969

În *Analiza cu sfârșit și analiza fără sfârșit*, o capodoperă târzie a expunerii clare și nedogmatice, Freud se străduiește, mi se pare, să utilizeze ceea ce știe că este adevărat datorită experiențelor sale analitice, pentru a înțelege ceea ce nu cunoștea. Era să scriu ceea ce nu știa încă, din moment ce este atât de dificil să credem că ne-a lăsat să ducem la bun sfârșit cercetările pe care inventarea de către el a psihanalizei le-au făcut posibile, și de la care totuși nu poate participa atunci când facem un pas înainte.

Prima parte din *Moise și monoteismul* este exemplul frumos al unei idei prezentate cu forță, claritate și convingere, și totuși fără a face propagandă, ci într-adevăr cu modestie. În ultima parte, Freud își reafirmă încrederea în represiune și (așa mi se pare) se amăgește singur în această formulare a monoteismului ca fiind important datorită adevărului universal al tatălui iubitor și al refulării acestuia în forma sa originală și completă (în Sine). Dar cititorul știe că această argumentație nu rezistă la o examinare minuțioasă. Nu deoarece Freud s-ar înșela în privința tatălui și a legăturii libidinale care ajunge să fie refulată. Trebuie observat că un anumit număr de oameni nu ajunge la complexul oedipian. Ei nu ajung niciodată atât de departe în dezvoltarea lor emoțională și, deci, refularea figurii libidinale a tatălui nu are prea mare importanță. Dacă analizăm oamenii religioși, cu siguranță că nu este adevărat că doctrina monoteistă aparține doar acelor care au atins complexul oedipian. O mare parte a religiei este legată de un fel de psihoză și de problemele personale care provin din aria întinsă a vieții bebelușului care este importantă înainte de dobândirea relației celor trei corpuri ca persoane întregi⁷³.

Freud a lucrat având un dezavantaj. Putea folosi psihanaliza doar atunci când scria. Nimeni nu l-ar putea învinui pentru asta, mai ales pentru că era întotdeauna dispus să lase unui poet sau unui filosof

⁷³ Melanie Klein a încercat să rezolve această dificultate utilizând terminologia întregul complex oedipian în descrierea luptelor interne pentru putere între elementele care nu au dobândit formă umană. Aceasta a fost de ajutor, dar nu a atins punctele necesare în considerarea acestor probleme ca o afirmație că Freud a lucrat în dezavantaj. – D.W.W.

sau intuiției proprii cale liberă pentru fenomene care nu fuseseră tratate de metapsihologia timpului său.

Freud a ajuns să își exprime propriile insatisfacții spre finalul articolului „Analiză cu sfârșit și analiză fără sfârșit”, în timp ce își exprima în mod generos mulțumirea cu privire la scrierile lui „Empedocle”. Acest om remarcabil (născut aproximativ în anul 495 î.e.n.) aparținând perioadei remarcabile din nașterea și dezvoltarea științei grecești a formulat o teză asupra „iubirii-luptă”, atât pentru om, cât și pentru univers, iar aceasta este cât se poate de aproape de formularea lui Freud asupra pulsuniilor viață-moarte. Freud este mulțumit.

Scopul meu este să formulez ideea că grecul Empedocle a fost cu un pas înaintea lui Freud, cel puțin în această privință. (Pentru avertizarea cititorului, trebuie să spun că nu am fost niciodată îndrăgostit de instinctul morții și aș fi fericit dacă l-aș putea elibera pe Freud de o povară eternă precum aceea de pe umerii lui Atlas. Pentru început, să spun că dezvoltarea unei teorii de la o afirmație asupra faptului că materia organică tinde spre anorganic are prea puțină logică. Nu este o legătură clară între cele două seturi de idei. De asemenea, biologia nu a fost niciodată mulțumită cu această parte a metapsihologiei, în timp ce în general există posibilitatea unei reciprocități între biologie și psihanaliză până în punctul pulsuniilor morții.)

Este posibil ca teza asupra pulsuniilor morții să fi fost unul dintre punctele în care Freud a fost aproape de o teză cuprinzătoare, dar nu a putut-o duce până la capăt deoarece, cunoscând tot ce se putea ști despre psihologia umană până la reprimarea Sinelui în relație cu obiectul investit, nu a știut ceea ce pe noi urmau să ne învețe în următoarele trei decenii după moartea lui, de cazurile *borderline* și de schizofrenie. Psihanaliza urma să afle că o mare parte se întâmplă în copilăria timpurie, în asociere cu nevoia și separat de dorință și de reprezentările identității (pregenitale) reclamând satisfacție.

Cu alte cuvinte, Freud nu a știut, cu structura fundamentală a funcționării sale mintale foarte disciplinate, că vom avea de înfruntat o problemă ca aceasta: ce se află în prezența reală a tatălui și

în rolul pe care îl joacă în experiența legăturii dintre el și copil și între copil și tată? Cum afectează asta copilul? Pentru că există diferențe: dacă tatăl este acolo sau nu, dacă o legătură poate dura sau nu, dacă este cu mintea întreagă sau nebun, dacă este liber sau rigid în ceea ce privește personalitatea.

Moartea tatălui are o semnificație deosebită, ca și momentul din viața copilului în care acesta moare, și de asemenea sunt multe de luat în considerare privitor la *imago*-ul tatălui în realitatea internă a mamei și la destinul acestuia acolo. Acum, toate aceste aspecte apar pentru a fi reluate și corectate în relația transferențială, aspecte care nu sunt destinate atât interpretării, cât experimentării.

Un anume aspect din toate acestea are o relevanță deosebită. Aceasta este legată de Eul imatur – devenit puternic datorită capacității mamei de a se adapta îndeajuns de bine la *nevoile* bebelușului. (Aceasta nu trebuie pierdută din vedere în ce privește conceptul satisfacției mamei în legătură cu impulsurile instinctuale ale bebelușului).

În timp ce bebelușul se deplasează de la întărirea Eului datorită susținerii de către mamă pentru a avea o identitate proprie – adică, în timp ce tendința moștenită către integrare poartă copilul înainte spre un mediu îndeajuns de bun sau un mediu general așteptat – cred că a treia persoană joacă rolul cel mai important. Tatăl ar putea sau nu să fie un substitut pentru mamă dar, la un moment dat, este simțit ca jucând un rol diferit, și eu sugerez că în acest moment copilul își utilizează tatăl ca pe o schiță pentru propria integrare atunci când tocmai devine, când și când, un întreg. Dacă tatăl nu este acolo, bebelușul trebuie să se dezvolte la fel, dar mult mai anevoios, sau prin utilizarea unei alte relații destul de stabile cu o persoană întreagă.

Astfel, se poate observa că tatăl este pentru copil prima viziune a integrării și a integrității. Este simplu să mergem de la acest joc combinat între introiecție și proiecție la conceptul important în istorie al unui singur zeu, al monoteismului, ci nu un zeu pentru mine și unul pentru tine⁷⁴.

Este ușor de presupus că din moment ce mama începe să fie înțeleasă ca un obiect parțial sau o conglomerare de obiecte părți, tatăl apare pentru puterea de consolidare a Eului, în același fel. Dar eu cred că, într-un caz favorabil, tatăl începe să fie înțeles ca întreg (și anume ca întreg, nu ca un surogat al mamei) și apoi este înzestrat cu un obiect parțial important care începe să fie înțeles ca o întregire în organizarea Eului și în conceptualizarea mintală a bebelușului.

Nu s-ar putea spune că Freud a fost, din punct de vedere „poetic”, pregătit pentru această idee, respectiv nu pentru cea după care monoteismul ar avea rădăcinile în reprezentarea ideii de tată, ci pentru cea după care cele două idei, de a avea un tată și monoteismul, au reprezentat primele încercări ale lumii de a recunoaște individualitatea bărbatului, a femeii, a fiecărui individ? (Aduceți-vă aminte, grecii aveau sclavi, ceea ce micșorează stima noastră față de înțelepciunea uimitoare a gânditorilor lor, mai ales în perioada nașterii lui Empedocle. Știința a trebuit să aștepte câteva secole, înainte de a debuta din nou, pe baza dreptului universal de a fi liber și de a fi un individ autonom)⁷⁵.

Pot argumenta teza mea citând din Freud, care a notat că, după Empedocle, puterea dragostei „se străduiește să lege toate particulele fundamentale ale elementelor” (ale universului și ale oamenilor) „ale celor patru elemente într-un singur întreg”; în timp ce impulsul agresiv „caută se desființeze etc., etc.” Astfel, aici apare ideea activității Eului de *a lega*, care nu se referă la obiect. Voi încerca să îmi continui argumentația printr-o contribuție de care simt că este nevoie, în privința acestui dualism, *philia* (dragoste) și *neikos* (discordie, dispută, luptă).⁷⁶ Cred că acum putem înainta.

⁷⁴ Vezi „Moise și monoteismul”, Standard Edition, vol. 22, p. 128

⁷⁵ Farrington, „Știința greacă”

⁷⁶ Vezi „Analiză cu sfârșit și analiză fără sfârșit”, Standard Edition, vol 23, p. 246

Înainte de descrierea acestui detaliu, aş dori să mă refer la o notă de subsol de-a lui Freud. Sunt cumva dependent de notele lui de subsol şi de citatele care permit o mai mare pătrundere decât oferă teoria timpului în care a scris.

Mă refer la: „Breasted (1906) îl numeşte (pe Amenophis) primul individ din istoria oamenilor”⁷⁷. Aici, pentru mine, Freud enunţă teza pe care încerc să o prezint în felul meu elaborat. Se simte că Freud nu a putut să lămurească aceasta în text, deoarece nu a putut să lucreze în termenii refulării, ai mecanismelor de apărare şi ai jocurilor relaţionării între Sine, Eu şi Supraeu. Simt că Freud ar aprecia lucrările noi care dau sens comentariului lui Breasted din unghiul dezvoltării emoţionale şi individuale, şi anume, al tendinţei de integrare care poate duce individul la statutul de întreg.

Acum pot aduce acea contribuţie despre care cred că dezvoltă punctul de vedere al lui Freud. Este punctul culminant al unei tendinţe a gândirii mele şi pot observa acum dovezi ale acestei tendinţe în scrierile mele de acum un deceniu. (Vezi, de exemplu, „Rădăcinile agresivităţii”, în *Copilul, familia şi lumea exterioară*. Acesta este numai un nou capitol al cărţii. Se regăseşte de asemenea în titlul dificil al cărţii mele *Procesul de maturizare şi mediul facilitator*)

Am încercat de curând să îmi expun ideile într-o lucrare citită Societăţii Psihanalitice din New York (12 noiembrie 1968), dar din lucrările celor care au discutat despre lucrarea mea (Jacobsen, Ritvo şi Fine) am aflat că nu m-au făcut deloc înţeles, aşa încât ideea, aşa cum a fost prezentată atunci, acolo, nu a putut fi acceptată. Am revizuit lucrarea⁷⁸. Am numit-o „Utilizarea obiectului” şi am vrut să susţin că în dezvoltarea emoţională a oricărui bebeluş există un moment de *dependenţă* când *comportamentul mediului* este o parte a dezvoltării bebeluşului ce nu poate fi omisă. Nu este un enunţ despre dezvoltarea bebeluşului, dependentă de sprijinirea Eului de către figura unei mame sau de o figură parentală care să nu ia în consideraţie factorii de mediu. Este o afirmare a faptului că la început bebeluşul nu a ajuns singur sau singură la o percepţie, recunoaştere şi repudiare a Non-Eului. Cred în aceasta datorită lucrului meu în clinică.

Pentru a ilustra ceea ce vreau să spun am analizat stadiile timpurii ale pulsuniilor bebelușului individual. Există o distincție clară între destinul (în termenii tiparelor personalității) unui bebeluș ale cărui prime lupte au fost acceptate și al unui bebeluș la ale cărui prime lupte s-a reacționat. Aceasta este o reminiscență a poziției paranoide descrise de Klein, cu diferența că este făcută în termenii unui mediu funcționând *pari passu* cu pulsunile vieții individuale. Răzbunarea ia locul temerilor legate de pedeapsă.

Este necesar să regândim ceva ce am ajuns să acceptăm (să acceptăm, deoarece în analiza cazurilor „analizabile” este atât de adevărat) - și anume că unul din fenomenele de integrare din dezvoltare este fuziunea a ceea ce îmi voi permite să numesc pulsuni de viață și de moarte (dragoste și luptă: Empedocle). Cheia argumentării mele este că primul impuls este el însuși *un* lucru, ceva pe care îl numesc „distrugere”, dar l-aș fi putut numi o pulsune îmbinată dragoste-luptă. Această unitate este primară. Aceasta se întâmplă cu bebelușul prin procesul natural de maturizare.

Destinul acestei unități a pulsunii nu poate fi exprimat fără a ne referi la mediu. Pulsiunea este potențial „distructivă”, dar dacă *este* sau nu distructivă depinde de felul în care este obiectul; *supraviețuiește* obiectul, adică își menține caracterul, sau *reacționează*? În ultimul caz nu există distrugere - sau nu multă, și apare un moment succesiv în care bebelușul poate deveni și devine treptat conștient de obiectul investit și de *fantasma* de a fi distrus, rănit, stricat sau provocat obiectul. În aceste condiții extreme ale mediului, bebelușul dezvoltă un model de agresivitate personală care se va dovedi fundalul unei continue fantasme (inconștiente) de distrugere. Putem folosi aici conceptul de reparație al lui Klein, care duce la jocul constructiv și la lucrul cu această *fantasmă* - *fundal* a distrugerii sau a provocării (probabil că nu s-a găsit încă termenul corect). Dar distrugerea unui obiect care *supraviețuiește*, care nu a reacționat și nu a dispărut duce la utilizare.

În cealaltă extremă, a întâlnirii unui model de reacție sau de răzbunare a mediului, bebelușul merge mai departe în alt mod. Acest bebeluș crede că reacția mediului este realitatea a ceea ce ar trebui să

⁷⁷ “Moise și monoteismul”, p.21

fie propriul lui /ei impuls provocator (sau agresiv, sau distructiv). Acest tip de bebeluș nu va putea niciodată să experimenteze sau să fie mișcat de această origine personală a fantasmei agresive sau distructive, și niciodată nu va putea să o transforme într-o *fantasmă* inconștientă de distrugere a obiectului libidinal.

Se poate vedea că încerc să rescriu o parte anume a teoriei noastre. Această tendință:

- provocatoare
- distructivă
- agresivă
- de invidie (Klein)

nu este un fenomen datorat principiului plăcerii. *Ea nu are nimic de-a face cu furia și cu inevitabilele frustrări asociate principiului realității.* Ea precede acest set de fenomene, care sunt nevroze autentice, dar nu sunt tocmai psihotice.⁷⁹

Pentru a dezvolta mai departe o teorie operativă despre psihoze, analiștii trebuie să abandoneze concepția schizofreniei și a paranoiei ca fiind regresii de la complexul Oedip. Etiologia acestor boli nu conduce *inevitabil* la stadii ce preced relaționarea triangulară. Corolarul ciudat este că la rădăcina psihozei s-ar afla un *factor extern*⁸⁰. Este dificil pentru psihanalisti să admită asta după toată munca pe care au depus-o pentru a atrage atenția asupra factorilor interni în examinarea etiologiei psihonevrozelor.

35

⁷⁸ Vezi Secțiunea I a acestui capitol

⁷⁹ Revin aici la Bettelheim, pentru a-mi sprijini teoria. Găsesc că este greu de citit, deoarece spune totul și nu mai putem spune nimic altceva decât a spus el însuși. Dar trebuie citit deoarece poate avea dreptate exact, sau aproape exact, ca ceilalți scriitori. Aceasta se aplică mai ales la capitolul introductiv din « Fortăreața vidă » (New York ; Free Press, 1967 ; Londra, Collier- Macmillan Ltd., 1967) – D.W.W.

⁸⁰ Vezi Winnicott, « Psihoze și îngrijirea copilului » (1952), în *Opere Complete: de la pediatrie la psihanaliză* (Londra: Tavistock, 1958; New York, Basic Books, 1975; Londra: Hogarth Press, 1975). (în traducere românească, Editura Trei, București, 2003)

Dezvoltarea temei inconștientului mamei așa cum a fost descoperit în practica psihanalitică

Scris în iunie 1969

În această comunicare doresc să continui ideea prezentată în lucrarea mea din 1948, „Reparația cu privire la apărările organizate ale mamei împotriva depresiei”. Acea lucrare se baza pe conceptul de poziție depresivă ca etapă în dezvoltarea individului, formulat de Melanie Klein. Pentru că acest concept s-a dovedit a fi valid și util în 1954, am scris o lucrare intitulată „Poziția depresivă în dezvoltarea emoțională normală”, în care expuneam părerile legate de acest concept. Această lucrare a fost privită favorabil de către doamna Klein.

În prima lucrare menționată, am atras atenția asupra unei observații clinice comune care putea să apară în practica psihanalitică la copii, și anume: în clinică unii copii păreau plini de vitalitate, încântători, frumos îmbrăcați, dornici să își demonstreze îndemânarea și ceea ce părea a fi creativitate, toate acestea formând o stare de fericire în clinică, astfel încât terapeutul ajungea să aștepte cu nerăbdare sosirea unui astfel de copil. În ciuda acestor aparențe, în fundal se găsea o depresie ori un fel de paralizie sau neajutorare, care reprezenta simptomatologia principală acasă, ceea ce indica faptul că era ceva în neregulă cât privește mamele.

A durat câțiva ani până am realizat că acești copii încercau să mă amuze, la fel cu simțeau că trebuie să facă și cu mamele lor, pentru a face față stărilor depresive ale acestora. Ei făceau față sau preveneau depresia mea, mai exact, plictiseala din clinică; în timpul în care mă așteptau ei făceau desene colorate foarte frumoase sau chiar scriau poezii pe care să le adaug la colecția mea. Fără îndoială că am fost înșelat de multe cazuri de acest gen până să îmi dau seama că acești copii erau bolnavi și îmi arătau un *Self* fals și că acasă mama trebuia să facă față celeilalte laturi a problemei, incapacitatea copilului de a contracara dispoziția mamei pe tot parcursul zilei.

Mama trebuia să îndure ura care izvora din sentimentul copilului de exploatare și de pierdere a identității. Cazurile care se potrivesc acestei descrieri sunt cele ale fetițelor. În contrast, aceeași boală în cazul băieților se manifesta mai probabil în clinică printr-un copil regresat și emasculat, un băiețel care încă își suga degetul, complet lipit de mama sa. În practică întâlnim diferite tablouri clinice, dar în toate cazurile apare un *Self* fals, acesta fiind tot ceea ce poate face un copil pentru a menține contactul cu o mamă predispusă la stări depresive.

Am spus că acești copii încearcă întotdeauna să ajungă la punctul de plecare și întotdeauna când reușesc să ajungă la acest punct, care înseamnă momentul în care mama nu mai este deprimată, sunt extenuați și simt nevoia să se odihnească, astfel încât nu își pot trăi în continuare propria lor viață. În decursul timpului, mi-am dat seama că, deși acești copii erau foarte creativi, această capacitate se diminuează pe parcursul dezvoltării și nu forma rădăcina ambiției adolescentului și a carierei sau realizării adultului.

Pentru a avansa la următorul stadiu în înțelegerea acestor copii, a fost necesar să aflu într-un mod mai intim care este gradul de distorsionare a poziției depresive ce apare în astfel de cazuri. Pe scurt, ceea ce am spus a fost că acești copii făceau reparații nu în ceea ce privește propria lor distructivitate și tendințele lor distructive, ci în ceea ce privește tendințele distructive ale mamei. Pentru acești copii, realizarea înseamnă să reușească să repare ceva care este în neregulă cu mama, așadar realizarea nu le aduce un progres personal. Ei erau asemenea Danaidelor din miturile grecești, condamnate să care apă în găleți găurite. În analizele acestor copii este necesar să atingem o etapă nouă, distructivitatea din realitatea psihică a copilului, distructivitate care aparține copilului și nu mamei. Cu alte cuvinte, trebuie să ajungem la culpabilitatea nativă a copilului și astfel la ușurarea copilului care folosește joaca, munca constructivă și activitatea creatoare care, în cazurile favorabile, se leagă direct de agresivitatea personală, ură, distrugere și ambivalență.

Următorul stadiu în dezvoltarea acestor idei a venit din analizele obișnuite ale copiilor și adulților și din dificultățile care apar din transfer și în contratransfer în astfel de cazuri. Am

făcut en passant o notă conform căreia dacă examinăm materialele unei ședințe sau ale unei faze în care pacientul ajunge la un exemplu puternic încărcat cu distructivitate (care trebuie considerat ca fiind o realizare), atunci putem observa că materialele din perioada anterioară conțineau un exemplu de activitate constructivă. Am putea spune că a tins spre constructivitate știind, dar fără să își dea seama de asta, că distructivitatea urmează să apară, sau am putea spune că pacientul a reușit să atingă momentul distructiv pentru că atinsese în prealabil momentul constructiv. Am încercat în altă lucrare să dau exemple din activitatea mea clinică.

Mai semnificativă este descoperirea treptată a pacientului că tot efortul constructiv, inclusiv reconstruirea *Self*-ului și efortul de a atinge sănătatea personală nu aduce un sentiment de împlinire. Acesta este un lucru care îl nedumirește pe analist și îl descurajează pe pacient. Întotdeauna pare că succesul, în loc să îl aducă pe pacient într-o nouă poziție, îl aduce pur și simplu la punctul de plecare, și nu mai poate fi vorba de un alt progres, pentru că pacientul este deja extenuat în urma efortului depus pentru a ajunge în punctul de unde ar putea începe. În aceste cazuri, este esențial să ne amintim că unul dintre factori ar putea fi acela că întregul efort de recuperare este pentru a face față urii altcuiva, cu deosebire a mamei. Desigur că este necesar ca analistul să se afle în rolul mamei în cadrul transferului, atunci când aceste probleme sunt „coapte” pentru interpretare. Analistul descoperă că dorința autentică ca pacientul să se facă bine are rolul de reasigurare, pe o perioadă de timp limitată sau pe o zonă restrânsă. În cele din urmă, pacientul știe într-un mod delirant că analistul dorește să îl împingă pe pacient înapoi în dezvoltarea emoțională sau înapoi, în starea interioară de nenăscut sau, într-un fel sau altul, să distrugă punctele de dezvoltare ale pacientului.

Aceste faze dintr-o analiză sunt dificile, iar pacientul trebuie să aibă multă încredere în partea mecanică a procedurii analitice pentru a atinge starea delirantă în care analistul este văzut ca fiind ostil. Un copil ar putea să vină să se plângă că profesorul și școala sunt persecutoare și am putea să aflăm, întrebând, că, de fapt, profesorul este în mod obișnuit permisiv. Pacientul

ar putea să dezvolte un simț exagerat al persecuției și astfel să comunice cu analistul fără să fie prea supărat. Același lucru, făcut în termenii direcți ai delirului că analistul ar fi pe o poziție antagonistă, devine de nesuportat pentru pacient datorită nebuniei.

Ne putem imagina că mulți pacienți se străduiesc să îl provoace pe analist să îi urască, astfel încât să poată să atingă această stare, delirul este învelit în observații corecte și pacientul va folosi greșelile tehnice ale analistului și le va exploata la maximum pentru a ajunge la senzația că este persecutat, fără să își piardă senzația că este sănătos. În activitatea clinică, acest fenomen se manifestă în toate gradele de intensitate posibile, prin care pacientul trebuind să ajungă la ceea ce este în forma ei cea mai simplă ura mamei. Foarte clară este diferența dintre situația în care este vorba despre ura mamei și situația în care este vorba despre ura inconștientă și reprimată a mamei. Cu alte cuvinte, copii par să facă față situației de a fi urâți (de cineva) și aceasta este pur și simplu un mod de a spune că ei pot accepta și folosi (în dezvoltarea lor emoțională) ambivalența pe care mama o simte și o arată. Ceea ce ei nu pot folosi niciodată în mod satisfăcător în dezvoltarea emoțională este ura inconștientă reprimată a mamei, pe care o întâlnesc în viața reală doar sub forma formațiunilor reacționale. Atunci când mama urăște, ea manifestă o grijă excesivă. Copilul nu poate să facă față acestui fenomen.

36

Experiența reciprocității mamă-copil

Scris în 1969⁸¹

⁸¹ Publicat în Anthony și Benedeck, ed. *Parenthood: It's Psychology and Psychopathology* (Boston: Little, Brown; Londra: J. și A. Churchill, 1970)

Având în vedere faptul că se știe în general că îngrijirea copilului de către mamă implică o infinită subtilitate, a trecut destul timp până ce experiența de viață să fie atinsă de teoria psihanalitică. Unele dintre motivele acestei întârzieri sunt ușor de înțeles. Psihanaliza, la începuturile ei, a trebuit să sublinieze puterea sentimentelor și a sentimentelor conflictuale și a trebuit să cerceteze mijloacele de apărare împotriva lor. În domeniul copilăriei, timp de câteva decenii, psihanaliza s-a ocupat de complexul Oedip și de toate complicațiile care pot să izvorască din sentimentul băieților și al fetițelor care au devenit persoane întregi, care se relaționează cu persoane întregi.

Psihanaliza a început treptat să pătrundă în experiențele copiilor mici, a explorat conflictele din interiorul psihicului și a dezvoltat concepte susținute de cuvinte și stări emoționale și de persecuțiile din interior și din exterior. Psihanalistul lupta întotdeauna pentru individ împotriva celor care atribuiau problemele influenței mediului.

Treptat, inevitabilul s-a produs, iar psihanalistii, nerenunțând la credința lor unică în semnificația detaliilor, au fost nevoiți să înceapă să examineze dependența, cu alte cuvinte etapele timpurii ale dezvoltării copilului, perioadele în care dependența față de mediu este atât de mare, încât comportamentul celor care reprezintă mediul nu mai putea fi ignorat.

Acum ne aflăm în mijlocul studierii acestor influențe reciproce. Trebuie să ne așteptăm să întâmpinăm rezistențe față de activitatea noastră, de această dată nu datorită operației de reprimare și a anxietății celor care se întâlnesc cu activitatea noastră, ci datorită rezistențelor care aparțin sentimentului că este încălcată o zonă sacră. Este ca și cum o operă de artă ar fi supusă unui proces psihanalitic. Putem fi oare siguri că punând opera de artă în lumina psihanalitică nu vom distruge capacitatea de a o aprecia la valoarea ei maximă? Într-adevăr, ar putea fi aduse destule argumente în favoarea ideii că aceste fenomene timpurii ar trebui să fie lăsate neatinse, dar eu, studiind aceste fenomene, nu aș putea decât să insist că ceea ce credem că știm în legătură cu aceste intimități nu constituie un material informativ folositor pentru artiști sau pentru tinerele mame. Genul de lucruri care pot fi discutate atunci când examinăm

aceste fenomene timpurii nu pot fi predate. Este totuși remarcabil faptul că anumitor oameni, chiar unor mame și tați, le place să citească despre aceste lucruri după ce au trecut prin această experiență.

Ca psihiatri, avem alt motiv să continuăm investigarea subtilităților relației copil-părinte. Trebuie să luăm în calcul faptul că acesta este un domeniu de cercetare care ar putea să clarifice etiologia unui grup de tulburări numite psihotice sau schizoide, adică nu a acelor tulburări afective care sunt numite psihonevrotice. De fapt, dacă în practica psihanalitică sau în orice altă psihoterapie suntem implicați în procesele schizoide ale pacienților, atunci știm că în cabinetele noastre ne vom confrunta cu aceleași fenomene ce caracterizează experiențele mamelor și bebelușilor. Vom fi implicați în nevoile imense ale bebelușului dependent și în contratransferul cu masive procese responsive care ne arată, în parte, ce se întâmplă cu părinții atunci când au un copil. Așadar, ca psihiatri, nu ne rămâne altă posibilitate decât aceea de a continua și de a încerca să descriem ceea ce descoperim, având grijă să nu formulăm părerile ca sfaturi pentru mame, tați și pentru cei ce îngrijesc copii, ci să rezervăm aceste comunicări pentru uzul colegilor noștri care sunt nevoiți să se implice ocazional în cazuri în care pacienții dezvoltă o dependență aproape absolută.

Faptul că psihanaliza aproape a depășit stadiul în care, atunci când analiștii se refereau la bebeluși, puteau să vorbească doar în termenii pulsionilor erotice și agresive ale bebelușului, stadiu care a durat jumătate de secol, este o ușurare. Totul se reducea la instincte pregenitale, la erotism oral și anal și la reacții la frustrare, la care se adăugau unele idei ușor fanteziste privind comportamentul agresiv natural și ideile distructive, agresive. Cercetările de acest gen aveau valoare și continuă să fie valoroase; însă acum este important ca analiștii care se referă la natura bebelușului să înțeleagă și ce altceva mai trebuie înțeles. Dacă analistul ortodox va privi mai departe, va face unele descoperiri șocante.

Obiectul subiectiv

Pentru a putea studia modul în care copilul dobândește capacitatea de a obiectiviza trebuie mai întâi să acceptăm faptul că, la început, acesta nu există. Pentru a face acest lucru teoreticianul trebuie să renunțe la unele teorii de care a fost, în mod justificat, mândru, de când Freud ne-a dat conceptul complexul Oedip, conceptul de sexualitate infantilă și tehnica psihanalitică de investigație, care este la fel ca tehnica psihanalitică pentru terapie.

În această zonă nouă, ideea că individul primează asupra mediului (o contribuție psihanalitică majoră) trebuie să fie modificată sau chiar să se renunțe la ea. Atunci când se spune că un bebeluș este dependent și că la început este absolut dependent, și dacă acestea sunt spuse în mod serios, atunci din acestea rezultă faptul că toate caracteristicile mediului devin semnificative pentru că mediul face parte din bebeluș.

Un bebeluș nu este ceea ce s-ar putea presupune în urma aprecierii potențialului bebelușului. Un bebeluș este un fenomen complex, care include potențialul bebelușului plus mediul. Pentru a înțelege această idee, putem să analizăm câțiva copii. Putem spune: acest copil s-a schimbat de când noul bebeluș s-a născut. În multe cazuri putem diagnostica *pattern*-uri de boală, iar aceste *pattern*-uri de boală (care se manifestă sub forma rigidității organizărilor defensive) cer tratament. Existența paternurilor de boală nu trebuie să ne facă să uităm că acest copil este un copil cu un frate sau cu o soră mai mică. Având același potențial, acest copil ar fi (evoluat) altfel dacă el sau ea ar fi fost copilul mai mic, dacă ar fi fost un copil unic sau dacă alt bebeluș s-ar fi născut dar ar fi murit. Nimeni nu ar aduce obiecții la această idee dacă ar fi vorba despre un copil de doi ani, ceea ce nu schimbă faptul că este posibil să se ofere o psihoterapie eficientă în ceea ce privește psihopatologia copilului. Pe de altă parte, psihopatologia este ceva cu totul diferit de sănătate și de efectul pe care îl are asupra copilului nenumăratele trăsături legate de mediu care aparțin copilului care nu este departe de dependența totală și care a parcurs doar o fracțiune din drumul spre independență.

Pentru a ne întoarce la stadiile timpurii (ale dezvoltării), semnificația mediului pentru bebeluș, atunci când el se află într-o stare de dependență aproape totală, este atât de mare, încât nu putem descrie bebelușul fără să descriem și mediul.

Stadiul dependenței absolute sau aproape absolute este caracteristic stării de la început a bebelușului, atunci când el încă nu a separat un Non-Eu de ceea ce înseamnă Eu, caracteristic bebelușului care nu este încă echipat pentru această sarcină. Cu alte cuvinte, obiectul este un obiect subiectiv, nu este perceput obiectiv. Chiar dacă este repudiat, pus deoparte, obiectul rămâne un aspect al bebelușului.

Cum apare următorul stadiu? Dezvoltarea și stabilizarea lui nu constituie rezultatul operării tendințelor moștenite ale bebelușului (spre integrare, căutare de obiect, coluziune psihosomatică etc.). Acestea pot oricând să nu se producă, în pofida tendințelor foarte bune, moștenite, ale bebelușului.

Această dezvoltare are loc datorită experiențelor bebelușului cu comportamentul adaptativ al mamei (sau al substitutului de mamă). Comportamentul adaptativ al mamei îi permite bebelușului să găsească în afara *Self*-ului său ceea ce îi este necesar și la care se așteaptă. Prin intermediul experienței unui maternaj îndeajuns de bun, bebelușul trece la percepția obiectivă, moștenind această tendință și primind atât echipamentul perceptiv necesar, cât și ocazia.

Pentru a înțelege rolul jucat de mamă este necesară înțelegerea unui concept asemănător cu cel pe care l-am descris în lucrarea „Preocuparea maternă primară”. Am încercat să arăt că ne putem aștepta de la mamele din toată lumea, cât și la cele din trecut, să dea dovadă de un maternaj destul de bun datorită unui fenomen care se produce la femei în timpul sarcinii, fenomen care durează mai multe săptămâni după naștere, mai puțin în cazurile în care o tulburare psihică a mamei împiedică producerea acestei schimbări temporare în natura ei.

În plus, trebuie să putem vedea bebelușul începând să aibă o capacitate modestă de obiectivitate și totuși nefiind, în general, capabil să obiectiveze, oscilând înainte și înapoi în această zonă de dezvoltare.

Comunicarea

Pentru a clarifica conceptele prezentate până acum, trebuie să gândim în termenii comunicării.

Pentru a explica cum ne va folosi acest lucru, doresc să dau un exemplu.

De la naștere, copilul poate fi văzut hrănindu-se. Să presupunem că el găsește sânul și suge și ingerează destul lapte pentru satisfacerea instinctului și pentru creștere. Acest lucru i se poate întâmpla la fel atât unui copil al cărui creier se va dezvolta normal, cât și unui copil al cărui creier are un defect. Subiectul care ne interesează este comunicarea care însoțește sau nu procesul de hrănire. Este greu să fim siguri de aceasta doar observând sugarii, deși se pare că unii copii privesc fața mamei într-un mod semnificativ chiar și din primele săptămâni. La vârsta de 12 săptămâni, bebelușii ne pot oferi informații cu ajutorul cărora putem să facem mai mult decât să ghicim dacă această comunicare există sau nu.

Exemplul nr. 1. Deși bebelușii normali diferă considerabil în ceea ce privește rata lor de dezvoltare (în special cea măsurată prin intermediul fenomenelor observabile), putem spune că la 12 săptămâni ei sunt capabili să se joace astfel: atunci când bebelușul este ținut la sân pentru hrănire, el privește fața mamei, iar mâna bebelușului este ridicată în sus astfel încât bebelușul o hrănește în joacă pe mamă prin intermediul degetului lui din gura ei.

Se poate ca și mama să fi jucat un rol în stabilirea acestui joc, dar chiar dacă acest lucru ar fi adevărat, atunci el nu invalidează concluzia pe care o tragem din existența unui astfel de joc.

De aici tragem concluzia: deși toți bebelușii ingerează hrană, comunicarea nu se stabilește dacă nu apare o situație de hrănire reciprocă. Bebelușul se hrănește și experiența lui va include și faptul că mama știe cum este să fie hrănită.

Dacă acest fenomen se poate observa ușor la vârsta de 12 săptămâni, atunci el ar putea să existe (dar nu este sigur) și la o vârstă mai fragedă sub o formă mai greu de înțeles.

Astfel, suntem martori la o reciprocitate care reprezintă începutul comunicării între doi oameni; pentru bebeluș, aceasta este o realizare în cadrul dezvoltării, realizare care depinde atât de procesele moștenite ale bebelușului, care tind spre dezvoltare emoțională, cât și de mamă, de atitudinea și de capacitatea ei de a transforma în realitate ceea ce caută bebelușul, ceea ce el vrea să descopere, să creeze.

Bebelușii se hrănesc, iar acest lucru poate însemna mult pentru mamă; ingerarea mâncării îi poate oferi bebelușului gratificări din punct de vedere instinctual. Comunicarea dintre bebeluș și mamă este însă ceva diferit, ceva care ține de experiență și care depinde de reciprocitatea rezultată din identificarea încrucișată.

Melanie Klein a acordat subiectului identificării proiective și introiective atenția pe care o merita cu adevărat, iar pe baza ideilor lui Freud dezvoltate de ea, noi putem acum să construim această parte a teoriei în care comunicarea are o importanță mai mare decât ceea ce este numită de obicei „relație de obiect”.

Spunând acestea, am rămas aproape de structura familiară a enunțurilor psihanalitice privind relațiile de obiect, pentru că vreau să mențin legăturile dintre vechea și noua teorie. Oricum, sunt foarte aproape de afirmația lui Fairbairn din 1944, conform căreia teoria psihanalitică susținea satisfacerea instinctelor în defavoarea a ceea ce el numea „căutarea de obiect”. Iar Fairbairn căuta, așa cum caut și eu acum, modalități în care teoria psihanalitică trebuia modificată sau dezvoltată pentru a permite analistului să facă față fenomenelor schizoide care apar în tratamentul pacienților.

Este necesar să menționăm faptul că mama și bebelușul ajung la reciprocitate în moduri diferite. Mama a fost la rândul ei un bebeluș îngrijit; ea s-a mai jucat de-a mama și copilul; poate că ea are experiențe cu frați sau surori mai mici, cu nașterea lor, poate a și îngrijit copii mai mici ai familiei ei sau ai altcuiva; poate că ea a învățat sau a citit despre îngrijirea copiilor mici și poate avea păreri foarte ferme în legătură cu ceea ce este corect și ceea ce nu este corect în îngrijirea unui bebeluș.

Bebelușul, pe de altă parte, este pentru prima oară bebeluș, nu a fost niciodată mamă și sigur nu a fost instruit în această privință. Singurul „pașaport” pe care bebelușul îl are cu el la „vamă” constă în suma caracteristicilor moștenite și ale tendințelor înnăscute spre creștere și dezvoltare.

Ca urmare, dacă mama se poate identifica cu bebelușul, chiar și cu unul nenăscut sau pe cale să se nască, aceasta putând să o facă într-un mod foarte sofisticat, bebelușul aduce cu el doar o capacitate, în dezvoltare, de a realiza o identificare încrucișată în cadrul experienței reciprocității concrete. Această reciprocitate aparține capacității mamei de a se adapta la nevoile bebelușului.

Reciprocitatea independentă de pulsioni

Putem acum să ne aventurăm mai profund în problematica reciprocității, care nu este direct legată de pulsioni sau de tensiuni pulsionale. În acest scop, putem oferi un alt exemplu.

La fel ca majoritatea cunoștințelor pe care le deținem în legătură cu aceste experiențe din copilăria foarte timpurie, acest exemplu provine din experiența clinică a analizelor copiilor mai în vârstă sau ale adulților, în cadrul cărora pacienții trec printr-o fază, mai scurtă sau mai lungă, în care principala caracteristică a transferului este regresia la dependență. Activitatea terapeutică depusă în aceste faze are întotdeauna două laturi, prima fiind descoperirea pozitivă, în cadrul transferului, a unor experiențe timpurii care au fost pierdute în trecutul pacientului, experiențe care aparțineau relației timpurii cu mama; a doua latură constă în faptul că pacientul se va folosi de greșelile tehnice ale analistului. Aceste greșeli produc furie, iar acest lucru este valoros, pentru că furia aduce trecutul în prezent. În momentul greșelii inițiale (sau a greșelii relative), organizarea Eului bebelușului nu era suficient de organizat pentru o problemă atât de complexă, cum ar fi furia în legătură cu o problemă bine precizată.

Psihanaliștii cu o morală analitică rigidă care interzice atingerea pierd o mare parte din ceea ce este descris în această lucrare. De exemplu, un lucru pe care nu îl află niciodată este că atunci când analistul aștește o secundă sau mintea îi „fuge” la o fantasmă proprie (lucru care se poate întâmpla) el are o tresărire. Această tresărire este un eșec al *holding*-ului, în termenii mamei și ai bebelușului. Mintea a „scăpat” pacientul. (Aceste cazuri ne solicită foarte intens. Apar perioade lungi de inactivitate, câteodată în condițiile în care temperatura camerei depășește temperatura la care analistul ar prefera să lucreze.)

Exemplul nr. 2. Un băiat de 6 ani a putut, în cadrul unei consultații terapeutice de o ședință, să îmi ofere informații exacte despre modul în care mama adormea în timp ce îl ținea în brațe, atunci când el avea 14 luni.

Această informație a fost modul în care el a putut să îmi spună că mama lui avea la acea dată o depresie care s-a manifestat, la început, prin tendința ei de a adormi.

În termenii acestei lucrări, am putea spune că băiatul a avut o serie de eșecuri în ceea ce privește comunicarea cu mama, atunci când aceasta devenea retrasă.

Faptul că eu am înțeles comunicarea acestui băiat în cadrul acelei întâlniri unice i-a permis lui să își continue dezvoltarea. Un an mai târziu, când l-am revăzut, el era un băiat normal care l-a adus pe fratele său mai mic să mă vadă. Aceasta a făcut-o din proprie inițiativă. Ținea minte ceea ce lucraserăm împreună.

Exemplul nr. 3. Acest exemplu este extras din analiza unei femei de 40 de ani (căsătorită, cu doi copii) care nu reușise să atingă o recuperare completă în șase ani de analiză cu o colegă.

Am discutat cu colega mea și ne-am înțeles să vedem ce rezultate ar putea produce o analiză cu un analist bărbat, așa că pacienta a început un nou tratament cu mine.

Detaliul pe care l-am ales pentru această ilustrare este legat de nevoia absolută pe care această femeie o avea, ocazional, de a se afla în contact direct cu mine. (Se temuse să facă acest pas cu un analist femeie datorită conotațiilor homosexuale.)

Am încercat o varietate de intimități, mai ales dintre acelea care aparțin hrănirii și îngrijirii sugarului. Au apărut episoade violente. Până la urmă, s-a ajuns ca eu și cu ea să fim împreună, capul ei fiind în mâinile mele.

Fără nici o acțiune deliberată din partea mea sau a ei, a apărut un balans ritmat. Ritmul era destul de rapid, aproximativ 70 per minut (comparați cu ritmul cardiac), și a trebuit să mă străduiesc să mă adaptez acestui ritm. În orice caz, ne găseam într-o situație de reciprocitate exprimată prin mișcarea de balans persistentă. Comunicam unul cu celălalt nonverbal. Acest fenomen se petrecea la un nivel al dezvoltării la care pacientul nu trebuia să aibă mai multă maturitate decât cea pe care o avea în timpul fazei de regresie la dependență din analiza sa.

Această experiență, adesea repetată, era crucială pentru analiză, iar violența care a precedat această fază era văzută de abia acum ca o testare complexă a capacității analistului de a întâmpina diferitele moduri de comunicare caracteristice copilăriei timpurii.

Această experiență comună de legănat exemplifică ceea ce vreau să spun când mă refer la stadiile timpurii ale îngrijirii bebelușului. Instinctele bebelușului nu sunt implicate în mod special. Elementul principal este comunicarea între bebeluș și mamă în termenii anatomiei și ai fiziologiei trupurilor vii. Subiectul poate fi elaborat cu ușurință și fenomenul semnificativ va consta în dovezile brute ale vieții, cum ar fi bătaia inimii, momentele de respirat, căldura respirației, mișcări care indică nevoia schimbării poziției etc.

Îngrijirea de bază

Aceste tehnici primitive care au ca produs secundar intercomunicarea au condus în mod natural la interacțiuni și mai primitive sau fundamentale, care țin de comunicarea tăcută; cu alte cuvinte, comunicarea devine zgomotoasă doar atunci când eșuează.

Așadar mă aflu în zona descrisă de expresia lui Hartmann, „mediul general așteptat”, deși nu pot fi sigur de faptul că Hartmann s-a referit la aceste comunicări tăcute foarte timpurii.

Ceea ce vreau să exprim aici poate fi acoperit de termenul „*holding*”. O accepțiune largă a termenului „*holding*” îi permite să descrie tot ceea ce o mamă face pentru bebelușul ei în ceea ce privește îngrijirea fizică, inclusiv așezarea pe jos a bebelușului atunci când este momentul pentru experiența impersonală de a fi ținut (*held*) de obiecte non-umane potrivite.

Pentru a explica aceste chestiuni, este necesar să postulăm o stare a mamei care se identifică (temporar) cu bebelușul său, astfel încât ea știe fără să se gândească de ce are nevoie bebelușul. Atunci când mama este sănătoasă, ea poate să facă acest lucru fără să își piardă identitatea proprie.

Am încercat în altă lucrare să abordez tema proceselor de dezvoltare din bebeluș care au nevoie de susținerea (*holding*) mamei pentru a se activa. Comunicarea „tăcută” este o modalitate de comunicare de încredere care, de fapt, îl protejează pe bebeluș de reacțiile automate la atacurile realității externe, aceste reacții rupând continuitatea vieții bebelușului și constituind traume. Trauma este un atac împotriva căruia individul nu are nici o apărare organizată astfel încât intervine o stare de confuzie, urmată poate de o reorganizare a apărărilor, apărând defense mai primitive decât cele care erau destul de bune înainte de apariția traumei.

Examinarea bebelușului arată că, în ceea ce privește comunicarea, ea poate fi ori tăcută (fiabilitatea ei nu este pusă la îndoială), ori traumatică (producând experiența anxietății arhaice sau de negândit).

Acest lucru împarte lumea bebelușilor în două categorii:

- I. Bebelușii care nu au fost ignorați în fazele timpurii ale copilăriei, care au învățat să aibă încredere, de unde decurge achiziția unei încrederi în sine care este un element important pentru starea care ar putea fi numită „înspre independență”. Acești bebeluși au o linie continuă a vieții, își rezervă capacitatea de a oscila înainte și înapoi (din punctul de vedere al dezvoltării) și devin capabili să își asume toate riscurile datorită unei bune asigurări.

II. Bebelușii care au fost ignorați în mod semnificativ o dată sau conform unui model de eșecuri cauzate de mediu (*pattern* legat de starea psihopatologică a mamei sau a substitutului matern). Acești bebeluși poartă cu ei experiența angoasei arhaice sau de negândit. Ei știu ce înseamnă să se regăsească într-o stare de confuzie acută sau în agonia dezintegrării. Ei știu ce înseamnă să fie „scăpați”, să cadă la infinit, sau să fie sfâșiați de lipsa de unitate psihosomatică.

Cu alte cuvinte, ei au trecut prin traume, iar personalitățile lor trebuie construite în jurul apărărilor reorganizate în urma traumelor, apărări ce trebuie să rețină caracteristici primitive cum ar fi scindarea personalității.

Desigur că lumea reală nu se compune din exemple ale acestor două extreme. Acei bebeluși care au avut parte de un început favorabil, cum au, probabil toți bebelușii, pot fi ignorați la stadiile mai târzii și pot suferi traume de un anumit gen; bebelușii care au fost ignorați grav în stadiile timpurii pot fi aproape „vindecați” de începutul dezastruos în urma îngrijirii terapeutice la stadii ulterioare.

Chiar și așa, este bine ca acela care studiază natura umană să aibă în vedere cele două extreme. Pentru psihiatru și psihoterapeut este și mai important să cunoască aceste chestiuni, deoarece un studiu al etiologiei și al psihopatologiei transferului schizoid sau psihotic ne duce înapoi la reorganizarea apărărilor primitive în urma experienței stărilor acute de confuzie din copilăria timpurie; acestea apar ca urmare a intervenției unor traume în zone în care bebelușul (pentru a se putea dezvolta în mod sănătos) trebuie să dispună de o capacitate de a avea încredere garantată, zonă care este aproape acoperită de un sens extins al termenului susținere (*holding*). Dar o susținere demnă de încredere este ceva care trebuie comunicat, iar asta depinde de experiențele bebelușului. Aici psihologia face referire la comunicarea în termeni fizici, al cărei limbaj este reciprocitatea experiențelor.

Despre bazele *Self*-ului în corp

I. Bazele *Self*-ului în corp

Scriș în 1970

Scopul meu, scriind acest articol, este să investighez materialul clinic care clarifică relația interactivă dintre copilul în creștere și corpul lui. Subiectul este foarte larg și specializarea pe o zonă duce în mod automat la neglijarea altora. Totuși, pot să iau termenul „personalizare” pe care l-am folosit în alt context și să văd cum devine ilustrat în activitatea clinică detaliată și în psihiatria și psihanaliza copilului. Am adoptat termenul personalizare ca un termen opus termenului „depersonalizare”, un termen care a fost folosit și discutat aproape în totalitate. Acest termen, depersonalizare, are sensuri variate, dar el implică în general pierderea contactului cu corpul și cu funcționarea acestuia de către copil sau pacient, iar aceasta implică existența unui alt aspect al personalității. Termenul de personalizare are ca scop atragerea atenției asupra faptului că instalarea acestei alte părți a personalității în corp, și o legătură solidă între ceea ce se află acolo, pe care o numim psihic reprezintă, în termenii dezvoltării, o realizare pentru sănătate. Aceasta este o realizare care se stabilizează treptat și nu este nesănătoasă, ci chiar un semn de sănătate, arătând că copilul poate folosi relații în care are încredere maximă, și câteodată în cadrul acestor relații să se dezintegreze, depersonalizeze sau chiar pentru un moment să abandoneze impulsul aproape fundamental de a exista și de a simți că există. Aceste două lucruri merg împreună, așadar, în dezvoltarea sănătoasă: simțul securității în cadrul unei relații menține ocazia copilului de a desface procesele integrative cu scopul de a se odihni; în același timp, facilitează tendința generală, moștenită, a copilului de integrare și, așa cum evidențiez în această lucrare, spre aspectul instalării sau a locuirii corpului și a funcționării lui.

Dezvoltarea pozitivă este puternic asociată cu instalarea în corp, la fel cum este asociată cu alte aspecte ale integrării, dar dezvoltarea pozitivă este înfricoșătoare pentru individul în cauză dacă drumul înapoi spre dependența totală nu rămâne deschis. Acest lucru este adevărat mai ales în domeniul clinic, de la 2 până la 5 ani, după care, în termenii experienței clinice, întoarcerea la dependență se ascunde în spatele unei întregi serii de sofisticări. În adolescență există o perioadă în care reapare nevoia de a menține deschisă calea de întoarcere spre dependență, datorită vastelor implicații asociate cu avansarea nouă și rapidă în termenii contactului și ai adaptării la lume. Clinic vorbind, aceasta se poate manifesta la prepubertate, de la 12 la 14 ani, după care dependența poate fi absorbită foarte ușor de dependența naturală care nu are elemente regresive legate de părinți și care deja tinde spre statutul de adult, iar asta înseamnă să fii îndrăgostit și să treci prin toate experiențele posibile care se regăsesc în jurul acestei stări.

Termenul „personalizare” pe care l-am folosit ar putea să nu fie acceptabil la modul general, dar mi-a permis să adun exemplele din activitatea mea clinică care sunt relevante pentru acest aspect al realizării în dezvoltarea umană. Din punctul meu de vedere, un caz important este un caz pe care nu doresc să îl detaliez în acest context. Am publicat cazul, detaliat în altă lucrare. Aici doresc să mă refer la caz folosind propriul meu limbaj.

Istoria cazului

Mă voi referi la un interviu semnificativ cu un băiat, Iiro, de 9 ani și 9 luni. Deseori am descris acest interviu ca pe un exemplu de comunicare cu un copil, din cauza faptului că nu aveam nici un limbaj comun cu băiatul. Am făcut schimb de desene pe baza jocului *squiggle* și am avut un interpret. În ciuda acestor handicapuri, băiatul mi-a comunicat nevoia lui specială care ținea atât de dezvoltarea lui, cât și de o complicație apărută în atitudinea mamei față de handicapul lui. De fapt, Iiro urma un tratament aproape constant în cadrul

departamentului de ortopedie din cauza unei sindactilii. Chirurgul a spus că acest copil a cooperat aproape prea bine. Se întreba asupra motivului. Băiatul suferise nenumărate operații la mâini și la picioare. În cazul acestei afecțiuni degetele de la mâini și de la picioare sunt unite și chirurgul care ar vrea să creeze degete din această stare haotică nu dispune de nici o indicație clară. Această boală este ereditară și dintr-o familie destul de mare, doar Iiro moștenise această boală. O parte din urgența apelării la serviciile chirurgului ortoped se datora faptului că mama avusese aceeași boală și ea putea accepta acest copil doar dacă putea să facă tot posibilul să îl vindece de această diformitate pentru care se simțea responsabilă. Datorită faptului că făcuse tot ce putuse pentru acest copil ea era mai atașată de acest băiat decât de ceilalți copii. Așadar, aveau o situație clară, cea a unui băiat care fusese adus să mă vadă de la secția de ortopedie, un băiat fericit, agreabil și inteligent care oricum, împreună cu mama, căuta în mod constant ajutor ortopedic, cerând o chirurgie plastică mai complicată decât era capabil chirurgul să pună în practică.

Partea interesantă a cazului constă în faptul că, la un nivel mai profund, acest copil comunica altceva decât nevoia sa de a fi făcut normal pentru a putea cânta la flaut. Ceea ce a indicat el era că este logic să încerci să faci tot ceea ce poți face cu ajutorul chirurgiei (deși era conștient, desigur, de sentimentul imens de culpabilitate al mamei); dar el avea nevoie de un lucru: înainte de toate să fie sigur că fusese iubit așa cum se născuse, sau cum era la un început teoretic al existenței sale. Dacă era acceptat în ciuda diformității, ceea ce însemna că este normal să te naști cu mâinile și cu picioarele așa atunci el ar fi putut să continue cooperarea cu mama și cu chirurgul. A comunicat acest lucru fără o motivație conștientă în acest sens ci arătând cât de mult iubește rațele, și în primul desen a văzut laba palmată a unei rațe. Tot în timpul acestui interviu, el a fost capabil să folosească un țipar ca pe un simbol pentru starea lui precedentă, adică înainte ca problema mâinilor, picioarelor și a degetelor să devină relevantă. În urma investigării acestui caz, au fost evidențiate mai multe probleme interesante din punct de vedere teoretic. Evident că un copil nu știe despre o astfel de

diformitate la început. Treptat, în timp, copilul trebuie să recunoască realitatea diformității. Este posibil ca el să nu fi recunoscut niciodată diformitatea înaintea interviului cu mine, atunci când avea 9 ani și 9 luni. Băiatul trebuie să fie capabil să se adapteze atitudinii pe care mama și ceilalți o au față de el și, la un moment dat, va fi necesar pentru el să se vadă ca fiind anormal. Totuși, la început, pentru copil normalitatea trebuie să fie aceeași cu forma și funcționarea lui somatică. Atunci când începe, el trebuie să fie acceptat. Așadar, el trebuie să fie iubit. Este o chestiune de dragoste necondiționată.

Este foarte ușor să transferăm această observație la copii care nu sunt diformi. Să fie iubit de la început înseamnă să fie acceptat; înseamnă o distorsionare din punctul de vedere al copilului dacă dacă figura maternă are o atitudine de genul: „Te iubesc dacă ești cuminte, dacă ești curat, dacă zâmbești, dacă bei tot” etc. Aceste sancțiuni apar mai târziu, dar la început copilul are o schemă a normalității care este în mare o chestiune care ține de forma și de modul în care funcționează corpul său. S-ar putea crede că aceste probleme aparțin, cu siguranță, unei vârste mai târzii, atunci când copilul devine o persoană mai sofisticată. Pe de altă parte, nu putem să neglijăm observația că acestea sunt probleme care aparțin primelor zile din viața copilului. La început, copilul are nevoie cu adevărat să fie acceptat așa cum este el, și atunci el beneficiază de această acceptare. Un corolar la această afirmație ar fi acela că aproape orice copil a fost acceptat în perioada premergătoare nașterii, adică atunci când există o pregătire pentru naștere – dar dragostea este arătată sub forma îngrijirii fizice care există de obicei, dar nu e în toate cazurile adecvată atunci când este vorba de fătul din pântec. În acești termeni, baza pentru ceea ce numesc personalizare, sau absența unui risc specific de depersonalizare, începe înainte de naștere și este influențată foarte mult de semnificație odată ce copilul trebuie să fie susținut de oameni a căror implicare emoțională trebuie luată în considerare, împreună cu răspunsurile lor fiziologice. Începutul acelei părți din dezvoltarea bebelușului pe care eu o numesc personalizare, sau care poate fi descrisă ca fiind o locuire a

trupului de către psihic, se va regăsi în capacitatea figurii materne de a-și uni implicarea emoțională, care este la început psihică și fiziologică.

În dezvoltarea acestei teme, putem să alegem una dintre multele căi disponibile. Metoda mea va consta în prezentarea unui alt exemplu clinic de care tocmai mi-am amintit.

Mi-am amintit de o consultație a unei fete, Jill, în vârstă de 17 ani, pe care am avut-o în 1968. Ea a folosit această consultație într-un mod pozitiv, și de fapt aceasta i-a permis să își continue dezvoltarea, care stagnera. Din scrisoarea mamei, pe care am primit-o înainte de consultație, am aflat următoarele:

De ceva vreme, Jill se simțea pierdută. Se părea că problemele ei erau în mare parte sociale și educaționale. Plângerile ei manifeste și articulate erau în special la adresa ei „vis-à-vis de lume”. Îi venea greu să își facă prieteni. Se simțea proastă și resimțea lipsa unui scop (în viață). Simt că aceste plângeri pot să ascundă un resentiment mai adânc la adresa familiei, sau a lipsei unei familii, sau la adresa mea datorită unor motive pe care nu le poate exprima. Cu siguranță „ei” nu au reușit să o echipeze cu încredere în sine, așa încât în loc să se alăture luptei contemporanilor ei pentru libertate, ea a rămas blocată în pragul ușii, poate încă sperând să recupereze ceea ce a pierdut, înainte să treacă mai departe.

La aceasta mama a adăugat și o notă biografică:

S-a născut în 1950: a fost hrănită la sân timp de nouă luni și, deși era mică, s-a dovedit a fi un bebeluș satisfăcător de lacom. Atunci când ea avea trei ani, tatăl (care aparținea generației tatălui meu) a murit. Nu cred că impactul acestui deces asupra ei a fost amortizat în vreun fel. Mult timp după aceea, ea vorbea despre acest eveniment și despre efectul lui asupra noastră. Făcea desene care reprezentau două situații diferite: a ei și a mea. Avea, și încă are, un bunic și mai mulți unchi, dar în viața ei de zi cu zi nu a avut parte de o prezență masculină consistentă sau importantă.

Părea să fie un copil fericit și plin de vitalitate. Deținea destule resurse în sfera jocului imaginativ. Când ea avea 12 ani, eu am avut o cădere (depresie severă) și am stat internată

timp de zece luni. Aproape că nu a vorbit niciodată despre această perioadă. Odată, fiind întrebată, a răspuns: „Știam că te vei întoarce, desigur.”

Interviul

Urmează descrierea interviului, dictată cu ajutorul notițelor luate pe parcursul acestuia.

Jill, 17 ani. Consultație: 7.2.68

Copil unic. Tatăl a murit când ea avea 3 ani. Adăugiri la familie: Tommy (adoptat), pe care l-am consultat o dată. Atunci el avea 6 ani și ea avea 8 ani. Tatăl era cu 30 de ani mai vârstnic decât mama.

Jill a venit singură. Ea era o persoană foarte mică, îmbrăcată cu o rochie raiată gri. Părea că are 13 ani. Unul dintre primele lucruri pe care le-a spus a fost că are aproape 18 ani. Evident era conștientă de faptul că era atât de mică.

La început a fost perioadă destul de greoaie, în care nu era sigur cum ne putem ajuta unul pe altul. Am întrebat în interviurile preliminare despre venirea ei. Venise fiindcă fusese trimisă sau fiindcă dorea ajutor? A spus că avea probleme numai la școală și că o îngrijora situația ei de-acolo. Avea un blocaj mintal când scria eseuri, iar acest lucru o deprima foarte tare. A descris cu multe detalii felul în care aduna material pentru eseu și cum îl ordona, după care nu putea să găsească un punct din care să înceapă. Și-ar fi dorit să meargă la universitate, dar simțea că nu va reuși deoarece nu era sigură că voia asta, pentru că nu cumva să fie doar o continuare a ceea ce i se întâmpla la școală.

Cu alte cuvinte, ar fi iar cuprinsă de un blocaj al funcționării mintale.

Nu avea mulți prieteni, deși intrase la liceu. Simțea că subiectele pe care le are de învățat nu sunt chiar bune de studiat. Unul din ele era arta și era obsedată de întrebarea: ce fel de artă poate fi bună?

Am vorbit puțin despre ea și situația ei, i-am spus că știam că locuia cu mama, fără tată, și i-am dat de înțeles că mama îmi vorbise despre depresiile ei (ale mamei) și despre faptul că

viața lui Jill fusese tulburată de prăbușirea psihică a mamei când Jill avea 12 ani (stătuse 10 luni în spital).

Jill a încercat să îmi spună că lucrurile merseseră bine în viața ei, până când a avut loc un incident, probabil un accident, și de atunci i-a scăzut încrederea că va putea obține un rezultat satisfăcător. A spus că a simțit întotdeauna că ar putea să se strâmbe, ceea ce a constituit o apărare bună, dar de la acel accident a simțit că această apărare nu mai era utilă. Am vorbit despre asta și a părut destul de clar că o parte a ei a rămas amenințată de un pericol din partea mediului, dar și că dacă ar depăși momentul, această parte nu ar mai fi în pericol. Desigur, ne putem gândi și la ideea de penis și la angoasa de castrare, dar asta ar însemna să forțăm limbajul pentru a descrie ce se afla în mintea fetei. Am explorat în jurul acestei sfere și am ajuns la ideea că nu era o cale îndeajuns de bună pentru a descrie angoasa ei. La un moment dat am trecut la jocul de *squiggle*. Am crezut că se simțea mai confortabil să facem ceva împreună – și se pare că această metodă a mers bine. Prin urmare, am continuat ca și cum am fi fost doi copii, iar totul părea firesc.

1. Primul meu *squiggle*, pe care l-a transformat într-un fel de lebădă.
2. Primul ei *squiggle*, pe care l-am transformat într-un cap de fată, cu părul de lungimea celui al lui Jill
3. Următorul meu *squiggle*, pe care l-a transformat foarte creativ într-un câine, văzut în mod curios din spate
4. Următorul ei *squiggle*, pe care l-am transformat în ceva numit de ea mînz
5. următorul meu *squiggle*, din care nu a putut face nimic. A spus: „Este prea mult, totuși.” Asta corespundea cu ceea ce spusese despre viață – cât de complexă putea fi la un moment dat, cu toate posibilitățile pe care le avea.
6. Următorul ei *squiggle*, pe care l-am transformat într-o vază. A fost de acord că se recunoștea conturul unei vase și părea ușurată de faptul că puteam face ceva mai simplu și clar.
7. La următorul meu *squiggle* a spus doar: „Este un scaun modern.”

8. Din *squiggle*-ul său am făcut un cățeluș. Asta a condus la faptul că familia lui Jill are un terrier.
9. A transformat *squiggle*-ul meu într-o clădire – o sală de concert de tip varietate modern. Lucrase la un birou de arhitectură timp de câteva luni în situații umilitoare, dar evident că îi plăcea ideea de arhitect.
10. Următorul ei *squiggle* l-am transformat într-o pereche de ochelari ca ai mei.

Cât timp am făcut toate astea, am vorbit împreună. Mi-a spus că visele ei nu sunt chiar plăcute. Visa cum cădea pe stradă sau pe scări. Îi aluneca piciorul etc. Mi-a spus că piciorul ei stâng era mai scurt cu un centimetru decât dreptul: un lucru care nu era vizibil decât dacă purta o fustă foarte scurtă, dar evident pentru ea însemna foarte mult.

A menționat că într-un vis se simțea ca și cum i-ar lipsi un rinichi. Când ne-am întors la subiectul lipsei ei de concentrare, am spus că, ținând seama de ea însăși, simte că dacă reunește toate aceste părți și e atentă să vadă cum să le mențină împreună, e ca și cum ar crede că ceva îi lipsește, așa cum îi lipsește un material pentru eseu. Am legat asta și de faptul indubitabil că își trăise viața fără tată. A devenit evident faptul că nu avea nici un sentiment despre moartea tatălui său, exceptând faptul că era iritată atunci când lumea care îl cunoscuse vorbea despre el, dar ea era ținută deoparte. Era ca și cum ei știau ceva ce ea nu știa.

Aici mi-a vorbit despre felul cum apărarea ei (strâmbatul) s-a prăbușit în urma unui accident rutier. Mai avusese un accident în urma căruia își spărsese dinții frontali și fusese foarte conștientă că acest lucru o urătea. A spus ce proastă fusese.

Ea golea o roabă, iar câinele era în lesă, pentru că iepurele era liber. Câinele era speriat, iar ea s-a întors spre el să îl certe dar mânerul de la roabă a sărit în sus și i-a rupt dinții. Ea a spus: „Ce ironic. Eu eram supărată pe câine și tot eu m-am lovit.” În urma accidentului s-a ales cu un șoc considerabil și a supărat-o pe mamă pentru că accidentul i-a schimbat fizionomia. În această

întâmplare am recunoscut existența unui factor cu adevărat extern, moartea tatălui atunci când ea avea trei ani. A vorbit despre tatăl ei spunând că, oricum, era destul de bătrân.

Pentru moment, am discutat despre sentimentele ei legate de faptul de a fi băiat sau fată. Ea dorise să fie băiat de când apăruse Tommy, avea atunci 7 sau 8 ani, până când a împlinit 10 ani; acum probabil ar prefera să fie fată. Am căutat să văd dacă există o invidie pentru penisul lui Tommy dar mi-a spus simplu că știa care sunt diferențele dintre băieți și fete dinainte să vină Tommy. Trebuie remarcat faptul că Tommy a fost întotdeauna un băiat foarte dificil. Jill a spus în continuare că atunci când avea 12 ani mama s-a îmbolnăvit. Am întrebat-o despre vise în care ea era băiat, răspunsul ei a fost că nu a avut niciodată astfel de vise. A avut câteva prietene, vreotrei fete.

Acum a urmat partea importantă a consultației. Acesta era desenul ei care reprezenta membrul amputat din vis, lucrul pe care îl simțea întotdeauna despre ea. A revenit la el ulterior la el și a discutat despre culoarea acestuia. Era asemănător cu ciotul unui picior. Carnea lui era palidă și mov, precum carnea unui câine de mare (disecția de la biologie). Era o culoare moartă. Vorbind despre el a spus că se poate gândi la el mai degrabă ca la un membru mușcat de un animal decât ca la ceva rănit în urma unui accident. Acest lucru mi-a adus aminte de câinele din accidentul în care, în mod „ironic”, ea s-a ales cu dinții spărți.

Până la urmă i-am oferit o interpretare, spunând că eu cred că această relatare este lucrul cel mai apropiat de reacția ei față de moartea tatălui pe care poate să îl ofere. Ea nu și-l amintea ca pe o persoană și nu era îndoliată de pierderea lui. Totuși, atunci când el a murit, a murit și o parte a din viața ei a murit odată cu el, astfel încât ceva lipsea. În același timp am putea spune că ea a mușcat o bucată din el pentru că trebuie să ținem importanța dinților ei, pe care am discutat-o în legătură cu accidentul cu roaba. Am vorbit despre modul în care un copil de 3 ani se poate juca cu degetele tatălui, sau cu lanțul de la ceas, sau cu ceva al lui și despre cum îl poate mușca, și că și ea ar fi putut să se joace astfel cu tatăl ei. Moartea și înlăturarea lui ar determina-o să simtă că

mușcase cu adevărat în loc să se prefacă, de aici pornind fantasma amputării degetului sau a orice altceva reprezintă acel membru.

Ea a fost capabilă să accepte acest lucru ca pe ceva care poate fi luat în considerație.

La sfârșit și-a exprimat un sentiment de mirare la adresa desenului membrului care era acolo în fața noastră și care adusese în prim plan această temă centrală, și anume sentimentul ei că în urma unei examinări a ei se va descoperi faptul că ceva lipsește. S-a dovedit că membrul amputat astfel era cel stâng, care era cel scurt.

Am făcut un fel de rezumat și am discutat valoarea unui astfel de interviu și posibilitatea ca ea să fie deranjată de el. Ea a spus: „Mă bucur că am venit. La revedere.” După care a trecut la o atitudine prietenoasă.

Comentariul meu la ceea ce a spus a fost că mai degrabă cuvântul potrivit este „trist”. Dacă ea putea să scape de anxietatea legată de lipsa unui lucru, atunci ea ar putea să își dea seama că afirmația corectă ar fi că este foarte trist ca o fată să își piardă tatăl la vârsta de 3 ani.

Comentariu

Acest caz poate fi folosit pentru a ilustra modul în care, deși copilul mic nu ar ști că un membru este mai scurt decât celălalt, va veni un moment în viața lui când atitudinea părinților și a doctorilor, mai ales cea a mamei, a cărei anxietate hipocondriacă se poate consolida ocazional sub forma unei tulburări depresive, îl va obliga să accepte faptul că undeva ceva nu este în regulă. În acest caz, diformitatea era atât de mică încât ar fi putut fi ignorată complet.

Oricum, atunci când Jill s-a văzut pusă în situația să se dezvolte în condițiile în care își pierduse tatăl la vârsta de 3 ani, când, în conformitate cu istoria familiei sale, îl iubea foarte mult, ea a elaborat acest fapt lipsit de însemnătate ajungând la visul unui picior sfâșiat de un animal sălbatic. Același mecanism funcționa și în viața ei mentală și înainte de consultație ea nu putuse să avanseze în dezvoltarea ei emoțională și intelectuală. S-a întâmplat ca ea să poată să își reia

dezvoltarea ca urmare a consultației, iar evoluția ei ulterioară a dovedit faptul că se reușise o psihoterapie eficace.

În ființa umană aflată în dezvoltare, integrarea poate să ia multe forme, una din aceste forme fiind dezvoltarea unui aranjament mulțumitor între psihic și soma. Aceasta începe înainte de momentul în care trebuie să adăugăm conceptele de intelect și de verbalizare.

Bazele unui *Self* le constituie existența corpului care, viu fiind, nu are doar o formă, dar și funcționează. Observațiile relevante pentru acest fenomen (pe care l-am denumit personalizare pentru a-l putea lega de tulburarea numită depersonalizare) sunt făcute în mare parte studiind direct mamele și pe copiii lor interacționând în mod natural. Am evidențiat faptul că studiul copiilor cu anormalități fizice poate să ofere un ajutor suplimentar în înțelegerea acestui fenomen. În această lucrare, am avut loc doar pentru două exemple, dar ele sunt suficiente pentru a ilustra modul în care detaliile clinice pot clarifica aceste fenomene complexe. Multe anormalități fizice nu sunt de așa natură încât bebelușul să le poată vedea ca pe niște anormalități. De fapt, bebelușul tinde să presupună că este normal să fie așa. Starea de fapt reprezintă normalitatea. Se întâmplă de multe ori ca un bebeluș sau un copil să devină conștient de o anormalitate sau malformație percepând unele lucruri neexplicate, cum ar fi atitudinea celor din mediul imediat.

Un exemplu foarte complex ar fi deficiența mintală, unde aparatul care trebuie să proceseze percepțiile complexe este el însuși afectat de către aceeași malformație care cauzează distorsionarea mediului. Nu am discutat un astfel de caz aici. Putem să extragem un principiu cu valabilitate universală din cazurile prezentate aici și voi folosi mesajul pe care mi l-a transmis Iiro, primul caz prezentat. De fapt, ceea ce el a spus în legătură cu sindactilia lui congenitală a fost: „Voi coopera cu cei care mă pot ajuta să îmi remediez anormalitatea, dacă voi fi mai întâi acceptat și iubit așa cum sunt.” Să fie acceptat și iubit „așa cum sunt” însemna pentru Iiro „așa cum mă cunoscteam pe mine cunoscându-mi propriul corp, înainte să aflu că oamenii mă vedeau

ca fiind anormal; iar ei aveau dreptate deoarece treptat am început să îmi dau seama și să realizez că sunt diform.”

În acest mod, chiar și un bebeluș malformat poate să ajungă un copil normal, cu un *Self* care nu este diform și cu un simț de sine care este bazat pe experiența unei perioade în care a trăit ca o persoană acceptată. Distorsiunile Eului pot să provină din distorsiunile atitudinilor celor care au grijă de copil. O mamă cu un bebeluș încearcă în mod constant să facă legătura dintre psihicul și corpul bebelușului - și putem să vedem destul de clar cât de grea poate să devină această sarcină foarte importantă și inițial simplă, dacă bebelușul suferă de o anormalitate care o face pe mamă să se simtă rușinată, vinovată, speriată, agitată, fără speranță. În aceste condiții, ea poate doar să se străduiască, nimic mai mult.

Un corolar ar fi acela că psihoterapeutul nu trebuie să spună: acest copil nu poate fi ajutat din cauza anormalității fizice. *Self*-ul, simț de sine organizarea Eului copilului pot fi intacte datorită faptului că ele se bazează pe un corp care a fost normal pentru bebeluș în perioada formativă.

În ceea ce privește acest articol, cuvântul cheie este „*Self*”. Mă întrebam dacă aş putea scrie ceva despre acest cuvânt, dar mi-am dat seama că până și în mintea mea sensul acestui cuvânt nu este cert. Am văzut că scrisesem următoarele: Pentru mine *Self*-ul, care nu este Eul, reprezintă persoana care sunt eu, doar eu, care are o totalitate bazată pe procesul de maturare. În același timp, *Self*-ul are părți și, de fapt, el este compus din aceste părți. Aceste părți se aglutinează de la interior la exterior în timpul procesului de maturare, care trebuie ajutat (la început foarte mult) de mediul uman care susține (*holds*) și mânuiește (*handles*) și, într-un mod viu, facilitează. În mod natural, *Self*-ul este plasat în corp, dar, în anumite circumstanțe el poate să se disocieze de corp, sau corpul să se disocieze de el. *Self*-ul se recunoaște pe sine în ochii și în expresia facială a mamei, precum și în oglinda care poate să ajungă să reprezinte fața mamei. Mai devreme sau mai târziu, *Self*-ul ajunge la o relație semnificativă între copil și suma identificărilor care (după o încorporare și o introiecție suficientă a reprezentărilor mentale) devine organizat sub forma unei realități psihice interne vii. Relația dintre băiat sau fetiță și propria organizare psihică internă se

modifică în concordanță cu așteptările care sunt exprimate de părinți și de către cei care au devenit importanți în viața externă a individului. *Self*-ul și viața *Self*-ului dau sens acțiunilor sau vieții din punctul de vedere al individului care a crescut până acum și care continuă să evolueze de la dependență și imaturitate spre independență și capacitatea de a se identifica cu obiecte ale dragostei mature fără a-și pierde identitatea proprie.

II. Două alte exemple clinice

Nedatată; probabil scrisă în 1970

Aceste exemple clinice și considerațiile teoretice care rezultă din ele îmi aduc aminte de alte două cazuri care sunt potrivite pentru a lărgi tema personalizării și a instalării psihosomatice. Unul dintre cazuri se referă la o tânără cu un handicap sever, celălalt la o fetiță care s-a întâmplat să aibă pielea neagră. Cu aceste două cazuri vom încheia acest material, deși clarificarea problemei generale de-abia începe.

Hannah, 18 ani

Hannah a fost trimisă la mine de o organizație de asistență socială. Iată ce a scris asistentul social principal:

Născută cu o ușoară *spina bifida*, o umflătură de mărimea unei nuci la baza coloanei vertebrale care a crescut în decursul anilor; picioarele au fost afectate, a avut un șold dislocat, dar nu a avut hidrocefalie. Hannah se pare că nu a fost tratată până la vârsta de 4 ani, când a fost internată în spital – ea s-a dus la un control de rutină și nici ea nici, mama ei nu bănuiau că va trebui să rămână în spital. Mama crede că o mare parte din dificultățile fetei pornesc de aici. A avut o ileostomie la vârsta de 10 ani. Ambii părinți și copilul au fost foarte afectați de acest lucru; mama nu a fost suficient pregătită pentru ceea ce avea să urmeze. Când s-a întors acasă și a mers la doctorul de familie, acesta a remarcat de față cu ea: „Semeni foarte mult cu un băiat, Hannah, dar o ai în partea greșită.” A avut probleme cu controlul sfincterian în urma operației, problemă

pentru care spitalul a prescris clisme zilnice – situație care a durat timp de câteva luni, până când părinții au protestat. 1961, 1962, 1963, internări în spital pentru tratamentul picioarelor. Ianuarie 1964, Hannah se internează, la cererea *proprie*, pentru înlăturarea umflăturii de pe coloana ei vertebrală, umflătură despre care considera că a crescut prea mult și că nu mai poate purta o fustă strâmtă. În această perioadă, Hannah era hotărâtă să aibă un corp perfect, de aceea urmasa tratamentul pentru picioare și acum vroia să aibă spatele normal. Operația a fost grea și a durat 5 ore, iar Hannah s-a simțit foarte rău după operație. Din nefericire, toate aceste operații nu au avut un succes complet. A fost sfătuită să poarte proteze, dar a refuzat. De curând, și-a întrebat chirurgia dacă ar putea să își amputeze ambele picioare și să le înlocuiască cu unele artificiale perfecte, dar acesta a refuzat. De atunci a purtat proteze care se fixează pe picior și seamănă cu un picior normal dar pentru că acestea se articulează la genunchi și la gleznă și se extind doar puțin peste genunchi, nu sunt exact ceea ce dorea Hannah. Hannah încă se simte handicapată și a discutat despre acest lucru cu mama, spunând că este mai greu pentru ea decât pentru o persoană cu un handicap mai grav, deoarece oamenii se așteaptă ca ea să fie normală. Încă are probleme legate de aspectul picioarelor ei și încearcă să le ascundă purtând cizme înalte, pantaloni, etc. Cred că nu și-a clarificat sentimentele legate de ileostomie și și-a exprimat dorința de a discuta cu un psihiatru.

Organizația noastră a menținut o legătură strânsă cu mama lui Hannah și, la un moment dat, îi oferea susținere intensivă. E o mamă minunată pentru Hannah și acceptă să discute cu ea despre sentimentele ei dar, cum a remarcat și ea zilele trecute, simte că Hannah are nevoie să discute și cu alte persoane, în afară de ea.

Urmează o prezentare a interviului pe care l-am avut cu Hannah.

Consultație 10/1/68

Hannah a venit singură la întâlnire, programarea a fost făcută de organizația de asistență socială.

Familie intactă.

Hannah: 18 ani.

Soră: 24 ani.

Am discutat subiecte neobișnuite. Venise direct de la școala de artă.

Tatăl: manager de magazie. El fusese desenator, iar asta poate a influențat-o pe Hannah să urmeze școala de artă.

Înainte de a începe să lucrez cu Hannah am pus problema motivației. Am spus că poate că a venit pentru că a fost obligată să vină, sau poate că a decis singură că vrea să vină. După ce s-a gândit, a răspuns „Ambele.”

După o pauză, am observat că se uita la tabloul de pe peretele meu, așa că am introdus subiectul picturii și desenului. Presupun că nu își dăduse seama că se uita la tablou, pentru că a spus: „Ce ciudat, și eu merg la școala de artă.” S-a descris ca fiind „nu chiar un antitalent”. În ciuda vârstei m-am gândit să folosim tehnica *squiggle*, cel puțin pentru început, și s-a antrenat în joc destul de repede. S-a dovedit a fi un desenator lent și calculat. M-a rugat să îi dau geanta ei în care își ținea ochelarii și am vorbit despre inelul ei pe care l-a cumpărat la prețul de 2/6d dar care valora 5 lire. Astfel, stabileam rapid o interacțiune. Am folosit foi mai mari (cum folosesc de obicei cu copii mai mici), deoarece am considerat că acest lucru ar fi potrivit, având în vedere faptul că ea urma cursurile școlii de artă și avea deja 18 ani.

1. *Squiggle*-ul meu, ea îl transformă într-un pește prins într-o plasă, peștele are un cârlig în gură.
2. Am transformat *squiggle*-ul ei într-o plantă.
3. A transformat cu grijă *squiggle*-ul meu într-un desen abstract, realizând treptat ceva de care era foarte mulțumită. A vorbit despre imposibilitatea de a spune ce este frumosul. A observat că într-un lucru abstract poți să omori fără să fii prins. A spus că ar arăta frumos dacă ar fi colorat, sau pe o foaie mai mare de hârtie.
4. A transformat *squiggle*-ul ei într-o față distorsionată de bărbat, sau ar putea să fie și o femeie. Din motive personale, a botezat-o Celia.
5. Am început să transform *squiggle*-ul ei într-o sirenă. M-a ajutat și ea, astfel încât până la urmă desenul era rezultatul efortului nostru comun. Eu am vorbit despre sirena din Copenhaga. Ea a

întrebat cum a apărut legenda sirenei. I-am atras atenția asupra faptului că ideea sirenei a venit de la mine, deși a fost inspirată de *squiggle*-ul ei; ea a spus: „Ai dreptate, uitasem.”

Aici a apărut pericolul să ne împotmolim în această idee adusă de mine, pe când *squiggle*-ul nu indica neapărat această idee. Ea a trecut la un subiect mai important pentru ea și care era legat de plăcerea pe care o are urmând școala de artă.

A spus că școlile omoară și a discutat despre situația dificilă în care se află pentru că deși predarea omoară originalitatea, atunci când a început cursurile nu putea să deseneze nimic și acum poate. Aici apare un conflict nerezolvat din mintea ei.

Se poate ca jucând *squiggle*, să fi ajutat la înțelegerea acestui conflict central.

6. Am făcut deliberat un *squiggle* de tip circular. Ea a spus: „Tot ce pot să văd sunt oameni; asta e, voi desena din nou o persoană” – și a botezat-o pe această persoană Phil (un nume care se poate referi la un băiat sau o fată). „Tatei nu îi plac fetele cu părul lung. Mie nu îmi plac persoanele cu părul scurt. Cred că părul lung arată bine. Numărul 6 este clar un băiat.” Numărul 6 are legătură cu mai mulți băieți pe care îi cunoaște. „Au părul lung și asta nu are nici o legătură cu dorința de a fi fată. De ce se discută atât despre băieții cu părul lung? În epoca de piatră cum era? Nu am ieșit în oraș cu nici unul dintre ei; de fapt am ieșit în oraș cu unul dintre ei.”

De aici, am putut să o îndrept spre ideea visului. „Visele mele sunt în mare parte înfricoșătoare. Am avut un astfel de vis noaptea trecută. Era despre mama. Vei spune că este copilăros. Toate sunt ridicele. Când sunt trează, mă mir cum pot să am vise atât de absurde, iar atunci când adorm, năvălesc toate din nou. În acest vis mama a spus că urmează să moară. Toată lumea știa. Ea a spus: „Așează-mă în coșciug înainte să pleci la școală!” Așa că ea era în sufragerie așezată în coșciug. De fiecare dată când intram, mă temeam că ea a murit.”

7. A ilustrat visul despre moartea mamei.

De aici a început să vorbească despre tendințele opuse din relația ei cu mama. De când merge la școala de artă, se înțelege mai bine cu ea, dar înainte existaseră faze foarte proaste - și a menționat vârstele de 13, 15 și 16 ani. „Ne certam din nimicuri. Pentru lucruri care nu contau.”

Un exemplu ar fi: „Nu vezi că scaunul acela ar trebui să fie acolo și nu aici?” A adăugat și un comentariu general: „Te gândești că cineva s-ar putea să fie supărat din cauza problemelor mondiale și, de fapt, persoana este supărată pentru că un scaun ar trebui să fie aici și nu acolo!”

A adăugat: „Nu sunt certăreață din fire. Acum ajungem să râdem la finalul disputei.”

În legătură cu tatăl ei: „Nu ar răni nici o muscă” – și era clar că disprețuia ceva la el și admira ceva la mamă.

Aveam sentimentul că discuția avea la bază o legătură homosexuală reprimată, sau total inconștientă, între ea și mamă, care nu se putea fi abordată într-un mod satisfăcător. Din câte am putut să îmi dau seama, nu exista o intimitate între ea și sora mai mare.

A continuat să vorbească despre vise. „Nu sunt logice. Par să fie altă viață. Ce se întâmplă după ce mori? Este ca și cum ai muri în timpul somnului și ai parte de vise: paradis sau infern.”

După o pauză a spus: „Deci eu ajung în infern deși nu am omorât pe nimeni.”

Am adus în discuție subiectul *spina bifida* și pe cel al stării ei generale cauzate de malformația congenitală. Am subliniat faptul că eu credeam că ea își exploata la maximum sentimentul de culpabilitate, ceea ce arăta cât de mult își dorea să poată simți că problemele ei erau chiar probleme și că ele porneau de la elementele agresive, distructive și pline de ură din natura ei proprie. I-am sugerat că lucrul dificil pentru ea era că problema principală nu venea de la ea. Era ceea ce oamenii numesc „voia Domnului” sau rezultatul purei întâmplări.

Ea a cooperat cu mine într-atât, încât a putut să examineze și cealaltă latură a problemei și să discute despre faptul că nu este drept ca unii oameni să se nască cu o astfel de problemă și să nu poată niciodată să devină normali. Am discutat despre sensul unui sentiment de învinuire a divinității.

Am vorbit despre sfârșitul visului. S-a trezit și a văzut că mama ei era în viață. „Murise cu adevărat în vis.” Presupun că aceasta semnifica de fapt moartea ei. Nu a fost posibil să notez tot ceea ce am discutat pe această temă. Ceea ce știu este că la final aveam un sentiment pozitiv.

Eram așa de atras de această persoană drăguță, dar atât de grav deformată, încât am crezut de

cuvîntă să îmi exprim acest sentiment. Cu siguranță, nu ignoram malformația care o făcea să pară scundă și care îi dădea un aspect ciudat atunci când mergea, și care desigur i-a provocat o lungă perioadă de incontinență. Cu toate acestea, am spus cu ușurință și sinceritate: „Ai un chip frumos.”

Cred că la sfârșitul consultației Hannah a plecat simțind că am discutat nu despre o diformitate, ci despre o persoană, despre ea, o persoană care urmează cursurile școlii de artă și care vrea cu adevărat să își facă o viață. Dacă ea s-a simțit ușurată, aceasta se datorează modului oarecum neobișnuit prin care am ajuns la resentimentul ei față de nedreptatea faptului că ea s-a născut cu o diformitate congenitală severă.

Bănuiesc că desenul care o reprezenta pe mamă în coșciug a fost un element important al consultației, pentru că a adus-o pe Hannah foarte aproape de ideea morții și a răzbunării, totul într-un cadru care permitea existența dragostei în relația dintre ea și mamă.

În scrisoarea mea către agenție am scris:

Nu știm ce valoare a avut pentru Hannah această întâlnire cu mine. A venit întâmpinând dificultăți considerabile datorate problemelor ei cu membrele inferioare, dar a reușit să meargă în acea seară pe zăpadă și a petrecut o oră cu mine. Probabil că ar fi trebuit să avem la dispoziție două ore, dar programul meu nu mi-a permis acest lucru.

Am avut un contact favorabil și nu am încercat să ating problemele practice, care sunt destul de importante în acest caz. Probabil că în acest domeniu are oricum parte de destule sfaturi. Am considerat că este mult mai important să permit dezvoltarea între noi a unei relații care să îi permită personalității ei să înflorească atât cât este posibil. Am descoperit că ea este foarte bine integrată. Are mai degrabă un aspect plăcut, iar asta spune multe despre cum este ea. Probabil că nu a reușit să ajungă la resentimentul față de nedreptatea de a se fi născut cu o malformație congenitală. Pe cine ar trebui să se supere?

Am ajuns destul de repede la interesul pentru picturi, observând faptul că le privea pe cele din cabinet. Așadar ne-am continuat relația prin desen și schimb de desene, la început jucând un joc, ca și cum ea ar fi fost cu mult mai tânără.

După cum știți, ea este înscrisă la școala de artă și a fost interesată de diferența dintre a fi învățată să deseneze corect și libertatea de a folosi un creion și o foaie de hârtie într-un mod spontan care nu are nimic în comun cu a desena bine. Împreună am ajuns la unele lucruri importante, inclusiv un vis înfricoșător pe care cred că trebuia să îl comunice cuiva. Totuși, ea a apărut desenele de o analiză mai profundă, lucru îndreptățit, deoarece pentru ea desenul este legat de exprimarea *Self*-ului și de plăcere, nu de oferirea unui material spre interpretare.

În momentul de față nu mai am ce să vă spun despre acest pacient pentru că nu asta doriți de la mine. Pentru a planifica orice activitate viitoare trebuie întâi să așteptăm și să vedem ce efect a avut această consultație asupra lui Hannah. Trebuie să așteptăm câteva săptămâni. Impresia mea deocamdată este că Hannah nu are nevoie de ajutor psihiatric și că se poate descurca și singură. Cu toate acestea s-ar putea să dorească să mai vină să vorbească cu mine de câteva ori pe an, pentru ca să existe cineva din exteriorul familiei care să îi urmărească progresul, în mod clar separat de progresul fizic. Aș vrea să las această problemă în suspensie. Mi-a făcut plăcere să o văd pe Hannah pentru că are ceva foarte autentic.

Agencia a răspuns astfel, după ce a primit o scrisoare de la mama Hannei:

Mama ei a spus că a încercat să o oprească să vină în acea seară înzăpezită, dar Hannah a insistat să vină. Era foarte încântată că scrisoarea care programa întâlnirea i-a fost trimisă ei personal. Mama, de altfel, i-a sugerat să nu mai plece la muncă în acea dimineață, să stea acasă până când era momentul să plece la întâlnire, iar Hannah a refuzat. Ea a refuzat să poarte alte haine decât cele obișnuite deși mama îi propusese acest lucru. Hannah i-a spus: „Vrea să mă vadă așa cum sunt, așa că mă voi duce îmbrăcată așa.” Când s-a întors de la interviu, părinții au întrebat-o cum s-a descurcat, iar ea a răspuns „El este foarte drăguț.” Și nu a mai spus altceva. Mama spune că nu a forțat-o în acest sens, fusese informată de agenție în prealabil de faptul că Hannah ar putea

să nu dorească să discute despre acest subiect, dar a fost foarte mirată de răspuns, pentru că de fiecare dată când Hannah mergea să consulte un medic îi dădea mamei o relatare foarte detaliată a discuției. De la consultație Hannah nu a mai vorbit atât de mult despre problema ei, cum obișnuia să facă înainte. Ea încă insistă să poarte pantaloni și a refuzat de curând să meargă la un dans. Cred că mama se aștepta să faceți o minune.

Asistentul social a răspuns întrebărilor mamei, spunându-i că întâlnirea cu Hannah v-a plăcut și că sunteți dispus să o vedeți din nou și că ați considerat că Hannah este destul de bine integrată, având în vedere situațiile prin care a trecut. Mama a exprimat o ambivalență în ceea ce privește o altă întrevvedere cu Hannah, dar a fost de acord să vorbească despre asta cu Hannah în timpul vacanței.

Eram interesați de comentariile dumneavoastră la adresa tatălui și a surorii. În tot timpul în care am cunoscut această familie, am avut impresia că tatăl a fost dat la o parte, marginalizat. Asistentul social spune că și sora, care este coafeză, este exclusă, relația intensă fiind între Hannah și mamă.

Am răspuns:

Sunt foarte mulțumit de felul în care Hannah nu a oferit detalii legate de consultație. Nu vreau ca această consultație să fie o altă vizită la un medic pentru a discuta problema ei fizică, cum a mai făcut de atâtea ori. Sper că ea nu va fi forțată să povestească ce s-a întâmplat pentru că, și dacă ar dori acest lucru, ar fi foarte greu să povestească. Și eu am uitat ce s-a întâmplat dar dacă eu și cu Hannah am sta în aceeași cameră sunt sigur că mi-aș aduce aminte.

Eu cred că partea importantă era ca noi să ne întâlnim ca două persoane, nu ca doctor și pacient cu o diformitate. Relația ei cu mine se va clarifica de la sine. La un moment dat, ea ar putea să vrea să mă vadă, caz în care eu voi face tot posibilul să programez o întâlnire. S-ar putea să nu mai simtă nevoia să mă vadă; acest lucru ar fi și mai îmbucurător, indicând independența de care o cred capabilă, deși va rămâne dependentă față de servicii chirurgicale specializate.

Câteva săptămâni mai târziu am primit o altă scrisoare, de la asistentul social:

Când a vorbit despre Hannah, mama a precizat că fata ei se împrietenise cu o fată mai mare, care urmase cursurile unei școli de gramatică și care acum urma cursurile aceleiași școli de artă la care mergea și Hannah. Se pare că se împrietenise cu această fată înaintea consultației, dar refuza orice activitate în afara casei. După consultație, a început să meargă la o biserică foarte modernă împreună cu această fată; preotul este un bărbat foarte tânăr care ține slujbe într-o cafenea, iar în locul slujbei tradiționale are loc o discuție liberă în care îi încurajează pe tineri să pună cât mai multe întrebări. Hannah merge în mod regulat acolo cu prietena ei și s-a înscris la o școală serală pentru a vedea dacă poate să obțină G.C.E.-ul, la fel ca prietena ei.

După ce mama ne-a povestit toate acestea ea s-a oprit și a exclamat: „Probabil că acesta este rezultatul vizitei la dr Winnicott, deoarece în trecut nu ar fi făcut așa ceva!” Apoi a întrebat dacă ar trebui să o întrebe pe Hannah dacă mai vrea să vină să vă vadă, dar i s-a spus că această decizie trebuie lăsată la latitudinea lui Hannah.

Șase luni mai târziu am primit alt raport.

Am considerat că doriți să aflați cum se descurcă Hannah. Asistentul nostru social a vizitat-o pe mama lui Hannah săptămâna trecută și a aflat de la aceasta că Hannah a progresat încet, dar sigur de când v-a vizitat anul trecut. Acum a început să fie interesată de modul în care se îmbracă și nu mai poartă pantaloni tot timpul; acum poartă rochii și fuste. Poartă și cizme înalte dar acum sunt la modă. S-a înscris în mod benevol la un colegiu de tehnologie, pentru a da G.C.E.-ul, pentru a putea să urmeze cursul complet de artă de la colegiul ei.

Continuă să socializeze cu adolescenți normali și are o viață socială plină, în contrast cu perioada în care se ascundea în casă și refuza să se întâlnească cu alți tineri. Este veselă și detașată și nu se mai plânge de condiția ei.

În ultima scrisoare (doi ani mai târziu) mi se spunea:

Faptul că Hannah a beneficiat foarte mult în urma vizitei la dumneavoastră este clar. Vorbește foarte des despre dumneavoastră și pare să fie mult mai încrezătoare de atunci. Se pare că Hannah a vorbit cu mama despre desenele pe care le-ați făcut și le interpretează singură!

Nu e necesar ca rezultatul favorabil să fie o urmare directă a consultației, deși se poate spune că ceea ce am făcut și ceea ce nu am făcut în timpul acelei consultații nu a produs rezultate negative.

Ideea importantă este că, deși starea fizică a acestei femei a rămas deplorabilă și urâtă, necesitând în continuare intervenții ortopedice reparative, atitudinea lui Hannah față de problema sa s-a schimbat, astfel încât personalitatea ei poate să își continue dezvoltarea care fusese blocată.

Un factor important a fost atitudinea mamei pe care nu a fost nevoie să o văd și cărei nu a fost nevoie să i se spună ce atitudine să adopte.

Mie mi se pare că trăsătura esențială a acestui caz a fost faptul că fata s-a simțit acceptată și iubită așa cum era, înainte să fie nevoită să admită că este afectată de un handicap fizic congenital care era o infirmitate și o urâțea.

Mollie, 8 ani

Celălalt caz este cel al lui Mollie, o fetiță de 8 ani. Ea fusese adoptată la vârsta de un an, într-o familie în care mai exista deja o fetiță de trei ani. De la data adopției, s-a mai născut un băiețel, care acum are 3 ani. Acești părinți adoptivi nu au realizat timp de 1-2 ani faptul că adoptaseră un copil foarte neliniștit, foarte afectat de schimbările de îngrijire care s-au petrecut în primul său an de viață. Toată familia o accepta și o iubea pe Mollie, dar nu putea fi negat faptul că persecutarea constantă de către Mollie a băiețelului familiei îi afecta dezvoltarea personalității acestuia.

Mama consultase o clinică de îndrumare a copiilor (Child Guidance Clinic) și fusese sfătuită să o îndepărteze pe Mollie de acasă, la un internat sau într-o adopție alternativă. Mama a considerat acest sfat ca fiind greșit și m-a consultat și pe mine, pentru a afla părerea mea față de această propunere, care o îngrozise. Această schimbare s-ar putea să îl ajute pe băiat, dar ar curma orice speranță de a o integra pe Mollie social.

În timpul consultației terapeutice s-au petrecut multe lucruri care trebuiesc omise. Datorită neliniștii lui Mollie, au apărut faze dificile.

Ceea ce vreau să raportez este schimbarea bruscă care s-a produs după ce ne jucasem *squiggle* aproape o oră. În mod evident Mollie a căpătat încredere și a introdus o temă nouă. Aceasta era legată de faptul că ea își dăduse seama că ea are pielea închisă la culoare (părinții ei adevărați erau africani), în timp ce familia adoptivă era engleză și avea pielea albă.

Trebuie să ne gândim la Mollie ca la un copil care a reușit cu greu să o lase pe mamă să se ducă în sala de așteptare, și care se reafirma în mod constant în relația cu mama pupând-o sau îmbrățișând-o în mod afectuos, afișând în general o dragoste autentică pentru ea, deși aceasta era clinic exagerată de angoasă.

Ajunsesem la desenul nr. 19 în jocul nostru care reprezenta trei porcușori, tata, mama și copilul.

A putut să îmi spună că la școală copii strigasera la ea, așa cum fac copiii: „Porc adoptat!”

Brusc, a preluat controlul jocului și a spus: „Îmi voi desena fundul.” Nr. 20 era desenul fundului ei, care la început era curat. Aproape imediat i-a aplicat desenului lovituri cu creionul. Verbalizarea ei a fost: „Cât de mult îmi doresc să fi fost albă” (la fel ca băiatul pe care îl persecută).

Părea să dea dovadă de incontinență, dar eu știam că nu aceasta este interpretarea corectă. Mollie ilustra denigrarea. Ideea cu porcușorii făcându-o să se gândească la mâncat și la fanteze de canibalism - și a făcut rapid fesele să fie neatractive. Cu alte cuvinte, porcușorii au fost transformați în porcușori răi, pe care nimeni nu ar vrea să îi mănânce.

A trebuit să mă folosesc rapid de această comunicare neașteptată pentru că Mollie nu părea să se aștepte să fie înțeleasă și nu știa, în mod conștient, ce îmi comunica și ce ilustra.

Am spus: „Ai desenat obrații mamei și în același timp sânii ei. Bebelușii albi și mama albă vor să se mănânce unul pe altul și asta înseamnă că se iubesc. Apoi urmează frici legate de a mânca și de a fi mâncat și lucrurile bune trebuie să fie stricate ca să nu fie distruse. Dar mai întâi există mâncatul, canibalismul și distrugerea.”

În timp ce desena în continuare, a spus: „Da, eu sunt neagră dar îmi place mai mult albul.”

Desenul nr. 21 reprezenta corpul mamei și un amestec de distrugere a sânilor și de denigrare a

corpului mamei ca apărare, dar cu prețul albului. Pentru ea, pentru că are pielea închisă la culoare, albul reprezintă o idealizare, dar pentru copii albi albul reprezintă o fază inițială, drept care, în mod firesc, ea se simțea privată de această fază, ca și cum ea ar porni cu un handicap.

Ea se lupta să facă față la ceea ce aflase treptat despre sine. Familia o accepta în totalitate așa cum era și, în realitate, ea era destul de frumoasă, într-un mod adecvat vârstei și avea o piele perfectă.

Desenul nr. 22 o reprezenta pe Mollie dându-i un șut mamei, ca și cum ar fi vrut să spună că știe ce a pierdut. A spus: „I-am dat un șut mamei.” Aici a devenit anxioasă și a fugit la mamă să restabilească relația afectuoasă.

Au apărut referiri indirecte la unele probleme sexuale: fundul tatălui; canapeaua mea a făcut-o să își amintească de un doctor care a vizitat-o, pe ea sau pe tatăl ei, și probabil (am presupus) că îl văzuse pe tatăl ei atunci când i se administra o injecție cu penicilină în fese, în timpul unei boli. De altfel, creionul pe care îl folosea avea un capac pe care l-a scos și a spus că îi dă pantalonii jos. A vorbit și despre un fund gol. Aici era mult de lucru, fie în cadrul ședințelor de tratament, fie vorbind cu mama. Oricum, știam că aveam de-a face cu aceeași factori dinamici care le determină pe pacientele cu anorexie nervoasă să deseneze femei frumoase, dar cu fețele acoperite cu pete. Aceleași considerații teoretice pot fi folosite pentru a explica acneea în adolescență. Conflictul se află pe terenul denigrării ca apărare și a albului ori a luminozității, ca o expresie a idealizării, cu excepția cazurilor în care poate fi o experiență care este perlaborată temeinic în stadiile timpurii ale dezvoltării personale, atunci când copilul trăiește într-o lume subiectivă, și chiar înainte ca obiectul să fie făcut extern, prin lovirea, mușcarea, ruperea sau stricarea lui în vreun fel. Mollie încerca să își dea seama de ce descoperirea faptului că e neagră avusese un efect atât de special, făcând-o să se simtă privată de o caracteristică esențială a dezvoltării timpurii a personalității și a realizării de sine.

Ea acceptă fenomenul dar se simte înghesuită într-o piele închisă la culoare, nu din cauza modului în care arată acum, ci datorită a ceea ce înseamnă aceasta în termenii stadiilor timpurii ale experienței.

38

Individuarea

Conferință susținută la Departamentul Medical al Societății Britanice de Psihologie, octombrie 1970

Nu mi-a plăcut niciodată acest termen și nu îl folosesc niciodată. Am acceptat această invitație de a vorbi în cadrul unui simpozion datorită ideii pe care o am mereu, anume că poate voi învăța ceva.

O privire aruncată Dicționarului Oxford ne arată că acest cuvânt respectabil are cel puțin 300 de ani și că a fost folosit în discursul filozofic. Cu toate acestea eu nu pot să mă împac cu el, poate din motive copilărești – există o rădăcină, care include litera „d” de la „individ”, apoi se folosește un „u”, iar eu consider că, în mod normal, cuvântul ar trebui să continue astfel încât să devină „individualizare”. Nu există, de pildă, un cuvânt „civilație” în loc de „civilizație”. Desigur că în limba germană termenul lui Jung ar putea avea sens.

Dar ceea ce doriți de la mine nu este o filozofie, ci o afirmație despre modul în care un individ devine individ, dacă atinge acest stadiu.

Vorbim despre procesele moștenite de maturare a copilului și despre recunoașterea faptului că aceste procese nu reprezintă un progres pentru copil, decât dacă obține un mediu facilitant; o afirmare a mediului facilitant și a calităților lui ne conduce la o teorie complexă și interesantă. Am scris despre acest fenomen, în limbajul meu, și nu mă îndoiesc de faptul că unii dintre termenii mei vă irită, cel puțin atât cum mă irită pe mine termenul de individuare. Nu discutăm despre un cuvânt, ci despre un proces de dezvoltare. Voi afirma că Jung ne-a atras atenția într-un

mod folositor asupra faptului că ființele umane continuă să crească, din toate punctele de vedere, până în momentul morții, cu excepția cazurilor în care sunt captivi în rigiditatea propriilor mecanisme de apărare. Declarația freudiană lăsa impresia că ceea ce nu s-a produs până la vârsta de 5 ani sau până la sfârșitul pubertății, nu se va produce nici atunci când copilul trece de la pubertate la stadiul de adult. Știm cu toții că acest lucru este absurd.

Bebelușul (băiat sau fată) moștenește un proces de dezvoltare. Pentru a descrie ceea ce se întâmplă trebuie să cunoaștem nu doar procesul de dezvoltare, ci și mediul. Orice încercare de a descrie bebelușul *sui generis* și *ipso facto* va eșua.

Este evident că mediul trebuie să posede anumite calități de bază. O ființă umană trebuie să fie în preajmă și nu credem în mitul cu Romulus și Remus, deoarece un lup nu are aparatul psihic necesar pentru a se identifica cu un bebeluș uman.

Mă tem că deja cunoașteți ceea ce urmează, indiferent de limbajul folosit. Aceasta este afirmația mea.

La început, copilul trăiește într-o lume subiectivă. Bebelușul trăiește foarte dependent de o figură maternă. Aici apare o experiență de omnipotență. În alt context, această denumire este acordată unui sentiment sau unei iluzii, dar la stadiul teoretic inițial, el trăiește într-o lume visată atât timp cât este treaz. Ceea ce apare atât timp cât el este treaz devine material pentru vise. Ulterior, diferența dintre a fi treaz și a fi adormit trebuie să devină clară, iar lumea bebelușului încetează să mai fie una subiectivă.

Gândindu-ne la copil în termenii obiectivității (confruntarea cu principiul realității), natura permite copilășului o poziție intermediară, așa cum apare foarte clar în cazurile în care bebelușul utilizează un obiect tranzițional. Natura permite asta, dar noi trebuie să ne îngrijim de asta. Un asemenea obiect există atât pentru bebeluș, cât și pentru mamă. Este amândoi și totuși niciunul. În acest fel, viața este ca o piramidă inversată până pe punctul în care piramida inversată rămâne un *paradox*. Paradoxul necesită acceptanța ca atare și nu e nevoie să fie rezolvat. Aceasta este nebunia permisă,

nebunia care există în limitele cadrului sănătății. Orice altă nebunie înseamnă o distrugere, o boală.

Astfel, trecerea timpului și acumularea experienței crează condițiile esențiale pentru ca procesul creșterii, moștenit, să îi conducă pe băiat sau pe fetiță la o existență separată, o existență care poate fi eliberată de fuziune și care să permită re-experimentarea aceluia să fie „amestecat-cu” (numită ulterior regresiei).

Acordăm un timp, săptămâni, luni, ani și sperăm într-o a doua șansă, astfel ca principala experiență să fie re-pusă în scenă de copil în felul său, în adolescență. Dacă prima experiență fusese o realitate, a doua are și mai aproape de a fi o realitate.

Dar pre-condiția este clară. Precondiția se referă la mamă, la cei doi părinți, la familie, la rude și la cadrul social local, ce include școala și așa mai departe.

Pentru a ajunge la trăsătura esențială, trebuie să privim mama sau figura maternă. La început, este nevoie ca ea să aibă o stare specială, căreia i-am atribuit un termen descriptiv. Am numit „preocuparea maternă primară” o stare în care femeia să poată fi capabilă să își permită să fie temporar îndreptată spre bebeluș și pe care ea să recunoască drept eveniment în cadrul său fizic. Ea a fost capabilă să lase temporar deoparte identificarea sa masculină și în aceasta a fost ajutată de sistemul său endocrin și de experiențele sale ca și copil. Cu un bebeluș, lucrurile se întâmplă natural, cu un altul mecanismul eșuează sau chiar se prăbușește. Faptul că mama știe că identificarea maternă este temporară și că se atenuează în timp ține de sănătatea psihiatrică a mamei. Mama este afectată de toată experiența sa, în relațiile cu bărbatul, care temporar i-a cedat Self-ul său feminin.

Bebelușul (fetiță sau băiat) care se dezvoltă într-un într-un mediu pe care acest tip de mamă îl poate oferi poate trăi pentru o anumită perioadă într-o lume subiectivă în care lumea realității externe nu influențează. Se dezvoltă astfel în bebeluș un simț al predictibilității și, în acest mod, se pot stabili fundamentele unor stadii foarte timpurii ale dezvoltării personalității. O linie a vieții personale

începe să se traseze ca o trăsătură. Profilaxia în contextul sănătății mintale este sursa unei facilități îndeajuns de bune, la acest stadiu timpuriu.

Toate acestea sună extrem de complicat, dar pentru un grup ca acesta orice altă simplificare pare a fi nesatisfăcătoare sau chiar o insultă la adresa inteligenței.

Lucrul esențial pentru începător în a utiliza toate acestea este acela că fiecare băiat sau fată din această lume vie are, să spunem așa, o ștachetă de ministru, care rămâne ceva ce va dăinui. Poate fi un talent ascuns, pe care băiatul sau fata le ascunde într-o falsă construcție de sine, o falsă personalitate bazată pe complianță și pe a fi cuminte. În acest fel, a fi cuminte devine o tulburare de caracter.

Cu toate acestea, niciuna dintre aceste descrieri nu trebuie să renunțe la a se adecva la principiul realității, care este ca un ceas, și să facă referință la locul agresivității. Permiteți-mi să afirm că nu mergem niciodată prea departe cu examinarea subiectului „agresivitate” dacă nu vedem și valoarea sa pozitivă. O modalitate de a constata aceasta este să observăm cum se separă bebelușul de mamă și de mediu în general. Axiomatic rămâne faptul că nu este legat de un obiectiv subiectiv. Lumea este acolo doar pentru a fi obiectiv percepută și de aceea o numim exterioară copilului. Lumea exterioară poate fi luată în interior, introiectată sau încorporată, respectiv mâncată, prin procesele mintale.

Ceea ce încerc să spun este că nu ajungem nicăieri cu studiul nostru asupra agresivității dacă în mintea noastră o legăm irevocabil de gelozie, invidie, furie și frustrare, operație a pulsionilor pe care o numim sadism. Mai aproape de esență este conceptul de agresivitate ca parte a experienței *care ne duce la descoperirea obiectelor exterioare*. Arăt un desen de copil care este un lucru banal, dar dacă ați fi fost acolo, ați fi știut că reprezintă un maxim al aventurii de a se implica încrezător în situația creată de consultația terapeutică, din care fetița s-a smuls din cauza dependenței clinice de mamă. Era atât de multă afecțiune pusă în joc, iar pentru câteva secunde fata (în vârstă de 8 ani) și-a adus mama *acolo*, hârjонind-o. Desigur că ea s-a speriat și a trebuit să facem ca mama să redevină disponibilă, accesibilă și responsivă fără răzbunare.

Veți vedea la ce mă refer, și îmi veți permite să suprasimplific, dacă mă refer la felul în care fiecare copil este așteptat de o lume sau două, și este o mare diferență dacă tu sau eu ne-am născut în ea.

Unu: un bebeluș hârjonește sânul mamei. Ei îi place că bebelușul ei este *viu și îl hârjonește*, și poate chiar îl rănește, dar ea nu se lasă rănită doar de amuzament. Doi: unu bebeluș hârjonește sânul mamei, dar această mamă are ideea fixă că o mică vânătaie pe sân produce cancer. Ea reacționează fiindcă nu poate accepta hârjoneala asta. Asta amplifică atitudinea moralizatoare, iar hârjoneala nu poate fi explorată ca o cale de a localiza lumea acolo unde îi este locul, adică în exterior.

Acum îi este imposibil băiețelului sau fetei să înceapă să se simtă preocupați, deoarece codul moral al ammei s-a constituit ca un dig în fața creșterii naturale în bebeluș a simțului de bine și rău, de vinovăție și suferință.

Ceste două cuvinte sunt precum calcarul și brânza. Orice discuție asupra „poziției paranoide” ca atare este facilă atunci când sursa mediului este mai întâi constituită și ulterior permite aceasta.

Atunci când externalitatea este stabilită prin sortarea de către bebeluș a haosului potențial bebeluș, este deschisă calea către îmbogățire personală, fără limite, bazată pe experiența personală și folosind mecanismele mintale, numite proiecție și introiecție. Pe parcursul dezvoltării vieții mintale imaginative, începe, în copil, o viață de inter-relaționare, care se realizează pornind de la baza reală a existenței personale.

O afirmație ca cea pe care am încercat să o fac poate fi enunțată în termeni de anormalitate pe diverse stadii, determinată de anumite distorsiune ale mediului, ceea ce face ca linia vieții să fie fragmentată.

Este mult mai ușor, admit, să te concentrezi pe firul vieții atunci când viața merge bine, când bebelușul, copilul, adolescentul, adultul consideră că viața este o experiență personală, și nu considerând-o ca pe o serie organizată de reacții la patologia mediului.

Atunci când fiecare băiat sau fetiță își trăiește viața, impregnată imaginativ cu alte persoane, cu alt sex, cu societatea, atunci putem vedea că dezvoltarea înseamnă pur și simplu viață și a trăi, și că nu există un alt sfârșit al vieții cu excepția morții. Ne referim aici la sensul de împlinire, dar dacă eu mă

împinesc pe mine, trebuie să-mi amintesc că am trecut peste trupurile moarte ale prietenilor mei căzuți în luptă, sau într-un accident sau după o boală, care i-a făcut să se împlinească în sensul că au devenit fapte care se întâmplă să trăiască mult mai mult.

Dar presupun că, într-o anumită măsură, fiecărui individ îi rămâne sarcina să devină din ce în ce mai independent, chiar și păstrând un spațiu în care să se ascundă. Și astfel poate exista o aplicabilitate a unor termeni precum individualizare (sau chiar individuare).

Partea a doua

Psihoterapia psihanalitică pentru copii și adolescenți

39

Practica privată

Lucrare susținută la conferința anuală a Societății Britanice de Psihologie, Durham, 17 aprilie 1955

Este poate adevărat să spui că medicii generaliști și psihiatrii sunt rezervați în a relata despre munca lor privată. Dacă relatarea ar fi un lucru bun, atunci ar semăna a reclamă, iar dacă nu este bun – ei bine, e rău pentru reputație. Aprob această modestie și această reticență. Cu toate acestea, mi se pare că practica privată din cabinete se află pe o linie descendentă, cu toate că prezintă atuuri. Aș vrea să văd practica clinică și pe cea privată comparate în mod deschis și sunt încrezător în faptul că fiecare

dintre ele are ceva de oferit celeilalte. Cred că ar fi o tragedie dacă ar dispărea practica privată din cadrul psihiatriei infantile.

În această culegere, vă ofer 54 de cazuri văzute la cabinetul meu în 1953. (Le-am exclus pe cele care au venit în urmă cu un an sau doi și care ar mai fi putut apărea pentru interviuri ulterioare.)

Activitatea mea este în principal psihanalitică și am ales nu să descriu ceea ce îmi ocupă cea mai mare parte a orelor de lucru. Am, de asemenea, clinica mea la Paddington Green Children's Hospital, ce se bazează pe activitate ambulatorie.

Această jumătate de sută de cazuri ce se strâng în cabinetul meu în fiecare an au apărut doar ca urmare a legii mediei statistice.

Am ales anul 1953 deoarece este destul de recent, astfel că îmi pot aminti clar fiecare caz și, de asemenea, pentru că este destul de îndepărtat pentru a se evalua evoluția cazurilor. În aproape toate aceste cazuri îmi dau seama că pot obține un raport recent.

Afirm că activitatea desfășurată în cabinetele private oferă o *metodă psihiatrică economică*. Există anumite cazuri ce necesită o clinică pentru organizarea și investigarea temeinică, iar acest lucru este valabil în mod special atunci când magistrații Tribunalului pentru Minori au nevoie de un raport. Un psihiatru ce lucrează într-un cabinet privat poate face foarte puține lucruri fără sprijinul clinicii, iar nimic din ceea ce spun sau recomand nu anulează valoarea clinicilor de un tip sau altul. Cu toate acestea, în cazul în care rezultatele sunt în întregime comparabile, atunci cred că, în termeni de oameni-ore, cabinetele private au multe de spus în favoarea lor.

Încerc să transmit aceste rezultate ale unei munci de un an pentru ca dumneavoastră să puteți compara rezultatele mele cu rezultatele obișnuite ale unei clinici. Dar, mai întâi, permiteți-mi să fac următorul comentariu: activitatea privată reprezintă muncă de echipă, iar echipa este formată din psihiatru și din secretara acestuia.

Această activitate nu s-ar putea desfășura fără o secretară capabilă să ia parte la activitate, activitate ce este intimă până la un grad și care poate avea loc în mod sigur și productiv doar dacă este păstrată în mod strict în cadrul relației profesionale.

Această echipă este una mică, iar de dragul unei descrieri simple nu voi continua să mă refer la ea sub formă de echipă. Prin contrast, clinica depinde într-adevăr de munca unei echipe, iar una dintre principalele sarcini ale psihiatrului ce lucrează într-o clinică constă în integrarea informației acumulate.

Aceste 54 de cazuri au necesitat 100 ore de lucru (plus munca efectuată de secretară). Cred că acest aspect este pozitiv comparativ cu munca efectuată într-o clinică, cu condiția ca rezultatele să fie satisfăcătoare.

În puține dintre cazuri era necesar un test pentru evaluarea coeficientului de inteligență sau problema a fost rezolvată ca urmare a existenței vreunui interes.

Principalul element al comunicării mele constă în încercarea de a prezenta 54 de cazuri într-o formă inteligibilă. Se poate spune că munca a fost efectuată în sala de consultații, iar acum sunt preocupat doar de a mă referi la această muncă într-o manieră organizată.

Am ales să clasific cazurile mai degrabă în conformitate cu tipul problemei cu care m-am confruntat decât în funcție de diagnosticele psihiatrice personale ale copiilor. În mod inevitabil, acest lucru implică mai multă suprapunere iar în unele cazuri clasificarea trebuie să rămână arbitrară.

Pentru a mă face mai bine înțeles, în cazul în care am simțit că părinții au obținut lucrul pentru care au venit, am încadrat fiecare număr de caz într-un pătrat. Am folosit aici cuvântul „fructuos”, însă succesul depinde de standardul așteptat. De exemplu, în cazul în care eram consultat în legătură cu o stare psihotică, succesul înseamnă faptul că am condus cazul sau că am explicat părinților problema și sarcina. Atunci când eram doar întrebat în vederea obținerii unui sfat, am utilizat acest pătrat pentru a indica faptul că rezultatul era satisfăcător pentru părinți. La cealaltă extremă se află copiii care aveau *simptome ușor de vindecat*, incluzând 13 în categoria H, aici măsurând succesul doar în termenii vindecării clinice. Chiar aici, în categoria H, activitatea cabinetelor private este preferabilă, acest lucru datorându-se, cred, faptului că este tot atât de eficientă ca și activitatea desfășurată în clinici, iar toate elementele colaterale sunt evitate. Copilul

are nevoie de un interviu personal psihoterapeutic de înaltă specializare - și chiar și într-o clinică acest lucru trebuie oferit pentru a evita eșecul cazului.

Considerații generale

Există multe detalii ce pot fi scoase în evidență pentru o discuție:

1. În activitatea din cabinetele private, psihiatrul are în sarcină întregul caz și își asumă întreaga responsabilitate. Atunci când aceste aspecte pot fi onorate, rezultatul este bun. Singurul dezavantaj constă în faptul că medicul din cabinetul privat are întotdeauna o durere de cap; unele cazuri se află întotdeauna într-o fază dificilă și este o chestiune de noroc dacă mai multe cazuri nu izbucnesc în același timp. Aș spune că, în cadrul activității desfășurate în clinici, cineva poate evita prea ușor durerile de cap; poate că lucrătorului în cadrul psihiatriei sociale îi place acest lucru.

2. În cabinetele private este ușor să-i vezi pe părinți, pe dădacă, pe medicul generalist, pe directorul de școală, pe oricine este implicat în cazul respectiv. De asemenea, se poate vedea mai întâi copilul, sau se pot vedea doar părinții, iar aceștia pot fi sfătuiți să nu aducă și copilul. Mare parte din activitate este efectuată prin telefon și se poate profita de faptul că părinții pacienților au mania telefonării, și pot rezolva mai multe prin telefon decât prin stabiliri de întâlniri. Uneori pacienții pot fi amânați prin aceste metode, astfel că ei nu mai vin niciodată la cabinet, economisind astfel bani și timp.

3. Adesea, inițierea acțiunii la momentul potrivit, în direcția corectă, este o chestiune dificilă în munca de echipă. În activitatea cabinetelor private, singura persoană ce poartă întreaga responsabilitate poate acționa chiar și sub impuls, chiar în momentul în care mama și copilul pășesc peste pragul cabinetului. Sugerez că nu este un lucru neobișnuit pentru activitățile desfășurate în clinică, ca o simplă manevră să fie greșită, drept urmare a complexității situației. Adesea, lucrătorii sociali psihiatrici au spus că a trebuit să piardă posibilități de acțiune deoarece adunau informații

pentru conferința asupra cazului și nu se aflau în poziția de a acționa, chiar dacă știau că ar fi trebuit să acționeze.

4. În cazul cabinetelor private nu există listă de așteptare, iar acest lucru este bun. Cazurile sosesc, iar dacă cineva nu poate prelua cazul, persoana respectivă se duce la un coleg.

De fapt, nu am avut o listă de așteptare fie datorită faptului că această clinică și-a desfășurat activitatea în cadrul unei secții medicale ambulatorii obișnuite, iar oricine ar fi dorit să mă vadă ar fi putut să facă acest lucru în clinica ambulatorie, doar așteptând câteva ore în dimineața corespunzătoare. Listele de așteptare sunt în general recunoscute ca fiind de rău augur în psihiatrie; rezultatul listelor de așteptare constă în faptul că acele cazuri obișnuite ce pot fi ajutate nu ajung niciodată la psihiatru sau la echipă, iar copiii psihotici și delincvenții cer atenție. Cazul normal este acela care poate fi într-adevăr ajutat, cazul care se îndreaptă spre secția medicală ambulatorie.

5. Fără îndoială, în cadrul activității desfășurate în cabinete private poți avea cazuri în care părinții își pot asuma responsabilitatea parțială în vederea căutării școlii potrivite. În cadrul acestei activități, e mare lucru faptul de a plasa cu atenție în școli pregătitoare sau publice, complet separat de diagnosticul de neadaptare. Este surprinzător cât de multe școli pentru copii normali sunt dispuse să accepte câțiva copii ce prezintă anormalități, cum ar fi un C. I. scăzut, complexul „copilului de privat”, unele grade de psihoză și tulburări nevrotice (inclusiv enuresisul). Aceasta nu este o caracteristică nouă, iar eu însumi îmi pot aminti de cele două școli ale mele în care aveam un anumit număr de persoane pe care le-aș numi acum cazuri psihiatrice.

Iată ideile lansate spre discuție; însă elementul esențial se învâрте în jurul a două întrebări:

- (1) Sunt destul de bune rezultatele obținute în cadrul activității cabinetelor particulare? și dacă da,
- (2) Există vreun avantaj legat de orele de lucru?

În cazul în care activitatea din cadrul cabinetelor particulare este atât bună cât și economică, atunci sugerez faptul că ea este bună pentru un psihiatru, prin faptul că dobândind încredere în sine, el poate lucra mai bine în clinică, împreună cu o echipă.

Sugerez mai ales că acei copii care pot fi mai bine tratați la cabinetele particulare sunt cei care pot fi ajutați imediat și profund prin consultații psihoterapeutice.

Tabele pag 295 298

40

Jocul squiggle

O îmbinare a două lucrări: una, nepublicată, scrisă în 1964, cealaltă publicată în 1968⁸²

În experiența mea din psihiatria infantilă, am descoperit faptul că primului interviu îi trebuie acordată o atenție specială. Treptat, am dezvoltat o tehnică pentru utilizarea în întregime a materialului obținut în cadrul primului interviu. Pentru a distinge această activitate de psihoterapie și psihanaliză, utilizez termenul de „consultație psihoterapeutică”. Este un interviu de diagnosticare, bazat pe teoria conform căreia un diagnostic din domeniul psihiatriei poate fi pus doar în urma unui test al terapiei.

Baza acestei activități specializate constă în teoria conform căreia un pacient – copil sau adult – va veni la primul interviu cu o anumită cantitate de încredere referitoare la primirea de ajutor, ca și încredere în persoana ce oferă ajutorul. Din partea persoanei ce oferă ajutorul este necesară doar asigurarea unui cadru strict profesional în care pacientul este liber să descopere posibilitatea excepțională de comunicare oferită de consultație. Comunicarea pacientului cu psihiatrul va trimite

⁸² Publicat în *Voices: The Art and Science of Psychotherapy* 4 nr. 1 (1968). Publicată, de asemenea, în *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry (Consultația terapeutică a copilului*, EFG, 2003, București), © 1971 de către executorii averii autorului, retipărită cu permisiunea Basic Books, Inc. Publishers

la tendințele emoționale specifice, care au o formă actuală și rădăcini ce se întind în trecut sau se întind adânc în structura personalității pacientului și a realității interioare, personale, a acestuia.

În această lucrare, consultantul sau specialistul nu trebuie să fie foarte deștept pentru a putea oferi o relație umană naturală și deschisă în cadrul profesional, în timp ce pacientul însuși se *surprinde* treptat, prin elaborarea de idei și sentimente ce nu au fost integrate anterior în personalitatea totală. Poate că principala activitate efectuată ține de natura integrării, posibilă ca urmare a încrederii în relația umană, dar profesională - o formă de „*holding*”.

Deși apar posibilități pentru comentarii interpretative, acestea pot fi menținute la un nivel minim sau, de fapt, pot fi excluse în mod intenționat. În acest mod, consultanții adecvat selectați pot efectua această activitate pe parcursul învățării practicării psihoterapiei ce include o interpretare verbalizată. Recompensele acestei activități sunt imense deoarece în acest mod consultantul poate învăța de la pacient fiind necesar ca el să fie pregătit mai degrabă de a învăța, decât de a se năpusti înflăcărat cu interpretări asupra materialului. La alegerea consultanților, ca și la alegerea psihoterapeuților în general, acele persoane ce se grăbesc cu interpretarea materialului ar trebui considerați ca fiind neadecvate din punct de vedere temperamental pentru practica psihoterapeutică, iar acest lucru este adevărat în special în cazul stabilirii adecvării pentru realizarea consultațiilor terapeutice.

În efectuarea acestei activități, pe care eu o numesc „consultație terapeutică”, cu un copil (sau adult) este necesar să fii capabil de o utilizare eficientă a timpului restrâns și să ai pregătite tehnicile – oricât de flexibile ar fi acestea. Trebuie pornit de la premisa că în multe dintre aceste cazuri, ceea ce nu este realizat în timpul acestei consultații nu va fi realizat deloc. Prima consultație poate fi reluată, dar în cazul în care copilul trebuie să treacă pe la consultant de mai multe ori, atunci cazul se transformă deja într-unul în care este necesară munca de echipă a clinicii și este foarte posibilă eventualitatea trimiterii copilului la un tratament psihoterapeutic de lungă durată.

Este interesant faptul că acele cazuri ce nu trebuie trimise spre aprofundare sau spre psihoterapie sunt relativ comune. Parțial, acest lucru se datorează faptului că majoritatea copiilor dispun de cămine și școlarizări destul de bune, deși aceștia pot prezenta din când în când probleme clinice acute. Un mic ajutor oferit unui copil poate conduce adesea la relații îmbunătățite pe toate planurile; familia și școala sunt dispuse să efectueze restul tratamentului.

Joaca reprezintă baza oricărei tehnici pe care consultantul este pregătit să o folosească. Cu alte ocazii⁸³, am afirmat că, după părerea mea, psihoterapia fie este realizată în zona de întrepătrundere a două suprafețe de joacă (aceea a pacientului și aceea a terapeutului), fie tratamentul trebuie direcționat pentru a permite copilului să se joace – adică, să aibe motive de a se încrede în mediul pus la dispoziție. Trebuie pornit de la premisa că terapeutul se poate juca iar joaca îi poate face plăcere.

O tehnică folositoare a primit denumirea de „jocul *squiggle*” și reprezintă doar una dintre metodele de a intra în contact cu un pacient copil. Aceasta este un joc pe care îl pot juca oriunde două persoane dar, de obicei, în viața socială jocul încetează rapid de a mai avea vreun sens. Motivul pentru care acest joc poate avea semnificații pentru consultația terapeutică constă în faptul că terapeutul folosește aceste rezultate în conformitate cu cunoștințele sale referitoare la ceea ce copilul ar dori să comunice. Este modul în care materialul, realizat în timpul actului de joacă, este folosit pentru a menține interesat copilul.

Metoda poate fi asimilată cu ușurință și prezintă avantajul că facilitează în mod considerabil luarea de notițe. În cazul în care un băiat sau o fată comunică prin exprimare verbală sau prin relatare de vise, atunci luarea de notițe reprezintă un aspect cu adevărat formidabil, și trebuie amintit faptul că nu mă refer la acele cazuri pe care le tratăm prin psihoterapie prelungită ci la acele cazuri ce se prezintă pentru consultație. Fiecare dintre aceste cazuri aspiră la mai mult decât la o

⁸³ Vezi „Playing: Creative Activity and the Search for the Self,” în *Playing and Reality*, (Londra: Tavistock; New York, 1971; Penguin, 1974)

simplă consultație – fiecare dintre ele speră să fie înțelese, chiar dacă ajutorul poate fi acordat în privința unui amănunt sau segment al unei personalități vaste.

Totuși, am ezitat să descriu această metodă pe care am folosit-o de-a lungul a nenumărați ani, nu numai din cauza faptului că reprezintă un joc natural ce poate fi jucat de oricare două persoane, ci și din cauza faptului că dacă încep să descriu ceea ce fac, există posibilitatea să se rescrie ceea ce eu descriu, ca și cum ar fi o tehnică cu reguli și reglementări. Atunci s-ar pierde întreaga valoare a procedurii. În cazul în care descriu ceea ce fac există pericolul real ca alții să preia și să transforme în ceva ce corespunde Testului Apercepției Tematice. Diferența dintre această metodă și T. A. T. constă, în primul rând, în faptul că nu este un test, iar în al doilea rând în faptul că terapeutul contribuie cu imaginația sa aproape la fel de mult ca și copilul. Bineînțeles, contribuția consultantului este eliminată, deoarece copilul, nu consultantul, își comunică suferința.

Cu siguranță, faptul că își terapeutul joacă liber rolul în cadrul schimbului de desene are o importanță covârșitoare pentru succesul tehnicii; o astfel de procedură nu îl face pe pacient să se simtă în vreun fel inferior, așa cum se simte, de exemplu, un pacient ce este consultat de un medic în privința sănătății fizice, sau când acestuia i se face un test psihologic (în special un test de personalitate).

La momentul potrivit de la sosirea pacientului, de obicei după ce părintelui i se cere să meargă în sala de așteptare, îi spun copilului: „Hai să jucăm ceva. Știu ceea ce aș dori să joc și îți voi arăta și ție.” Am o masă între copil și mine, pe care se află hârtii și două creioane. Mai întâi, iau o parte dintre colile de hârtie și le rup în jumătate, lăsând impresia că ceea ce facem nu este teribil de important, după care încep să explic. Spun: „Acest joc pe care îmi place să-l joc nu are reguli. Doar iau creionul și fac așa ...”. Și fac un *squiggle* necompletat. Continui cu explicațiile și spun: „Arată-mi dacă ți se pare că seamănă cu ceva sau dacă poți face să semene cu ceva, după care faci același lucru ca mine și eu voi vedea dacă voi putea face ceva pornind de la desenul tău.”

Acest lucru este tot ceea ce ține de tehnică și trebuie subliniat faptul că sunt complet flexibil chiar și în acest stadiu incipient, astfel că, în cazul în care copilul dorește să deseneze, să vorbească,

să se joace cu jucăriile, să cânte sau să zburde, sunt liber să mă adaptez dorințelor copilului. De obicei, un băiat va dori să joace ceea ce el numește un „joc pe puncte”; adică, ceva ce poate fi câștigat sau pierdut. Cu toate acestea, într-o mare proporție a cazurilor de prim interviu, copilul se adaptează un timp suficient de lung dorințelor mele și jocului pe care aş vrea să-l joc în vederea obținerii unui progres. Curând, recompensele încep să apară, astfel că jocul continuă. De obicei, într-o oră vom fi făcut împreună douăzeci sau treizeci de desene, iar treptat semnificația acestor desene compuse devine din ce în ce mai adâncă, iar acest element este simțit de copil ca fiind parte a comunicării semnificației.

Este interesant de notat, privitor la *squiggle*, faptul că

1. Sunt mai bun la ele decât copiii, iar la desen copiii sunt de obicei mai buni decât mine.
2. Ele conțin o mișcare impulsivă.
3. Ele sunt nebunești, deși nu sunt făcute de o persoană sănătoasă psihic. Din acest motiv, unii dintre copii le găsesc ca fiind înspăimântătoare.
4. Sunt incontrolabile, cu excepția faptului că acceptă unele restricții, astfel că unii copii le consideră a fi rele. Acest lucru este legat de subiectul *formă și conținut*. Mărimea și forma colii de hârtie reprezintă un factor de luat în considerare.
5. Există o integrare în fiecare *squiggle* ce apare integrarea ce este parte din mine; acest lucru nu reprezintă, cred, o integrare tipic obsesională, ce ar conține elementul de *negare a haosului*.
6. De obicei, rezultatul unui *squiggle* este satisfăcător prin el însuși. Este ca un „obiect găsit”, de exemplu, o piatră sau o bucată de lemn ce poată fi găsită de un sculptor și considerată a fi un mod de exprimare ce nu necesită muncă. Acest lucru îi implică pe băieții și fetele leneșe și face lumină asupra sensului leneviei. Orice muncă prestată strică tot ceea ce pornește sub forma unui obiect idealizat. Un artist poate simți faptul că hârtia sau pânza este prea frumoasă, motiv pentru

care nu trebuie murdărită. Ea este, potențial, o capodoperă. În teoria psihanalitică avem conceptul de ecran al visului (Lewin), un loc în care sau pe care un vis poate fi visat⁸⁴.

Toate acestea sunt legate de stadiul foarte incipient al maximei dependențe, atunci când copilul însuși nu este format. Eul este foarte slab, doar dacă (așa cum se întâmplă de obicei) Eul mamei oferă sprijin pentru Eul copilului. Copilul își începe existența cu Eul mamei, pe care ea îl împrumută prin adaptarea sa senzitivă la nevoile copilului ei.

Trebuie înțeles faptul că nu există două cazuri identice, și aș deveni foarte suspicios dacă două cazuri ar semăna, deoarece aș crede că am introdus ceva din nevoile proprii. Descrierea unui singur caz trebuie să fie înșelătoare, iar o persoană ce studiază această tehnică va avea cu siguranță nevoie să treacă prin mai multe cazuri pentru a observa că, de fapt, nu există două cazuri identice. Din acest motiv, am publicat deja o duzină sau mai mult de asemenea cazuri și mi-am propus să le adun într-o carte⁸⁵.

Am ales aici spre prezentare un caz⁸⁶ și nu pentru un motiv special.

(Aici cititorul trebuie să fie dispus să tolereze schimbarea de către mine a temei. Inevitabil, acum voi descrie un caz și nu voi descrie „jocul *squiggle*”. La final, voi reveni la tema principală și voi face câteva comentarii asupra jocului, așa cum a fost folosit de copil și de către mine pentru caz.)

Cazul lui L., vârsta 7 1/2 ani, 1/19/66

Mama a adus-o pe L. și amândouă m-au așteptat în sala de consultații în care am pus câteva exemplare din revista *Animals*. Fără îndoială, acest aspect a influențat materialul consultației.

⁸⁴ Bertram D. Lewin, „Interferences from the Dream Screen”, *International Journal of Psycho-Analysis* 29 (1948).

⁸⁵ Therapeutic Consultations in Child Psychiatry (Consultația terapeutică a copilului, EFG, 2003, București) (Londra: Hogarth Press; New York; Basic Books, 1971)

⁸⁶ Materialul pentru acest interviu a fost utilizat și într-o carte intitulată *Handbook of the Psychotherapy of Children*, ed. G. Bierman (München: Ernst Reinhardt, 1968), ce conține un capitol al dr. Winnicott intitulat „Acceptarea provocării unui caz în psihiatria infantilă” – D.W.W. (publicat acum sub denumirea de Caz 3, „Eliza” în *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry* (Consultația terapeutică a copilului)

Istoria familiei:

Fată 12 ani

Băiat 10 ani

L. 7 1/2 ani

Fată 5 ani

Băiat 3 ½ ani

Am petrecut câteva minute cu amândouă, timp în care am discutat referitor la revista despre animale. Am luat-o pe L. cu mine în sala de așteptare pe care o pregătisem pentru mamă, cu cafea, toate aceste lucruri interesând-o pe L. S-a întors cu mine fără nici o dificultate în sala de consultații. Ne-am apucat imediat de jocul *squiggle*, pe care l-am început simplu și cu care ea a fost de acord. Nu îl știa ca pe un joc.

L. este o fată drăguță, zveltă, arătând destul de drăguț, atât de drăguț cât poate arăta un copil de 7 ani, destul de independentă și complet încrezătoare în cadrul relației pe care am avut-o cu ea.

Am început cu:

1 Desenul meu.

De scanat desen pag 304

Din câte știu, lui L. nu i s-a spus în prealabil de ce vine să mă vadă. În mod evident, se simțea mult mai bine cu un creion în mână. A luat desenul realizat de mine și a pus un alt picior, lăsând un spațiu între picioare.

Am întrebat: „Ce vrea să fie?”

A răspuns: „Ceva ce merge prost.”

Nu este neobișnuit în experiența mea ca un copil să plonjeze imediat în problemele majore, în modul în care a făcut-o ea.

Am făcut o observație în gând asupra faptului că legătura dintre spațiul unde ar trebui să se afle stomacul și cuvintele „ceva merge prost” mi-ar putea oferi o indicație clară, chiar la începutul ședinței, asupra faptului că L. era conștientă de o problemă iar această problemă ar putea avea de-a face cu stomacul. *Nu am spus nimic*. Bineînțeles, m-am întrebat dacă nu ar putea fi o problemă din categoria „De unde vin bebelușii?”.

2. Desenul ei, pe care l-am transformat într-un cap de care părea că ei îi place. Nu am făcut acest lucru dintr-un anumit motiv, ci asta m-am trezit făcând.

3. Desenul meu, pe care ea l-a transformat imediat într-o pasăre, demonstrând prin acest fapt capacitatea sa de auto-exprimare prin desen.

4. Desenul ei - și am discutat cu ea despre ceea ce ar putea fi. A fost bucuroasă de ideea rufelor atârând pe o frânghie, deși acest lucru nu apare în experiența zilnică a familiei. „Totul merge la spălat” a părut a fi comentariul, dar nu sub forma unei contribuții semnificative din partea ei, după câte mi-am dat seama. Din ceea ce a continuat să facă asupra desenului meu reieșea că era ceva mult mai mult legat de viața de acasă.

5. Desenul meu, pe care l-a transformat în ceva cu o pălărie înaltă. Părea să considere mai degrabă amuzant faptul că pălăria stătea mai mult pe o parte a capului. Ar fi putut fi un băiat sau o fată.

Precizare

Aici este necesar să mă refer la faptul că în urmă cu trei luni am avut un interviu important cu mama. Acest lucru o preocupa în principal pe mamă. Cu toate acestea, pe parcursul descrierii pe care i-o făcea lui L., mama mi-a povestit un incident ce a avut importanță în copilăria timpurie a lui L. Acesta includea *pălării*. Dacă m-aș fi lăsat dominat de ceea ce mi-a povestit mama, probabil că aș fi crezut că desenul 5 prezenta o temă, principală, a pălăriilor; dar fiindcă *întotdeauna îmi iau indiciile de la copil*, am fost deja informat în acest interviu cu L. asupra faptului că tema principală

ar avea legătură cu spațiul dintre picioarele din față și cele din spate (desenul 1), orice ar însemna acest lucru. Cu toate acestea, fără îndoială, pălăriile au apărut ca temă secundară. Voi descrie complexul pălăriilor la finalul descrierii acestei ședințe cu copilul.

De scanat desenul pag 305

Jocul, continuare

6. Desenul ei, pe care l-a văzut repede ca fiind un cangur cu pălărie. Aici a făcut ceva ce reliefează tema cangurului și conduce la ideea unui spațiu important dintre picioarele anterioare și posterioare. A atras atenția asupra faptului că genunchii cangurului sunt îndoiți în felul în care aceștia își îndoaie picioarele, și a ilustrat acest aspect prin desenarea propriilor săi genunchi aflați la pieptul ei. e poate observa că unul dintre efectele acestui fapt este că îi acoperă stomacul, iar, oricum, cangurul este un animal deseori ales de copii datorită buzunarului său, pentru a indica o sarcină vizibilă în locul alteia ascunse.

De scanat desen pag 306

7. Desenul meu, pe care l-a transformat într-o mână sau mănușă.

8. Desenul ei. Împreună, am transformat acest desen într-o trompetă.

9. Desenul meu, pe care l-a transformat „într-un cățel sau așa ceva”. Se va observa faptul că acest desen conține, de asemenea, un spațiu între coadă și locul unde ar trebui să se afle membrele. *În mod evident, ea a simțit acest lucru, deoarece a revenit asupra desenului nr. 1 și a tras o linie indicând stomăcelul.*

10. Desenul ei, despre care am discutat cu ea. I-am spus: „Acesta este complet; nu mai trebuie făcut nimic la el. Mă întreb dacă nu reprezintă (și aici a trebuit să aflu de la ea denumirile

folosite în *familie* pentru produsele de defecație) o „treabă.” Dacă nu reprezintă stomăcelul animalului, atunci ar putea fi ceva care ar cădea”.

S-a uitat la mine de parcă ar fi fost interesant, parcă aş fi vorbit un limbaj ce nu era al ei, după care a spus că e un şarpe. Astfel că am pus o farfurie în jurul desenului şi am sugerat că am putea să-l mâncăm la masa de prânz.

De scanat desen pag 307

11. Desenul meu, pe care l-a transformat într-un câine fioros. Părea să fie „gata de a sări la cineva”. Acest lucru demonstra capacitatea lui L. de a ajunge la ceva ce nu apare în comportamentul său uzual, sau în modul în care ea arată. (Întâmplător, m-am gândit să leg gaura de ideea stomacului lipsă şi mi-am dat seama că bineînţeles că a fost martoră la dezvoltările aferente celor două sarcini ce au apărut după ea, mai ales la cea de-a doua, atunci când avea 3 1/2 - 4 ani).

12. Desenul ei, pe care l-am transformat „într-un elf sau așa ceva”. Se gândea că acesta urmează să mănânce frunzele aflate pe rămurică. I-a plăcut acesta ca desen şi ca idee imaginativă.

13. Desenul meu, pe care l-a tratat într-un mod foarte imaginativ. „Este ceva ce merge printr-un tunel. Ar putea fi o cârţiţă.” Am simţit că în acest desen exista simbolismul defecaţiei sau al naşterii sau al actului sexual, şi am lăsat chestiunea așa, fără interpretare.

De scanat desen pag 308

14. A transformat desenul ei într-un fel de raţă pe care o vezi în întuneric. Acest lucru însemna că eram aproape de ideile ce apar în minte chiar înainte de adormire. Eram aproape de materialul visului real.

15. Desenul ei, pe care l-am transformat în capul unui fel de pasăre.

16. Desenul meu, pe care l-a tratat într-un mod similar. Pe capul păsării a pus pene.

În acest moment a început un joc în care trebuia să așezi desenele unele lângă altele pe podea; devenea destul de entuziasmată să ia fiecare desen, ca și cum ar fi fost terminat, și să îl pună la capătul unui șir, astfel că acum aveam desene împrăștiate în cealaltă jumătate de cameră. Când pleca acolo ca să așeze un desen, sau pentru a-i vedea numărul, care *de asemenea o interesa*, era ca și cum ar fi spus: „La revedere!”, iar când se întorcea: „Bună!”. Nu s-a entuziasmat peste măsură, dar era extrem de interesată de ceea ce se petrecea și ne-am bucurat amândoi.

17. Desenul ei, pe care l-am transformat într-o rață (imitând-o pe ea și spunându-i acest lucru). I-am dat să mănânce un pește.

18. Desenul meu, pe care l-a transformat în ceva înspăimântător.

În acest moment, am pus câteva întrebări ezitante legate de visele pe care le-ar fi putut avea, dar nu i s-a părut ușor să-mi vorbească despre ele. S-a aventurat să comenteze că visele ei erau oribile. Am arătat că în mod evident există ceva oribil, o parte din ea, însă cu care ea nu știe ce să facă și i-am amintit de câinele înspăimântător (nr. 11). Tema a fost continuată în acest desen (nr. 18), referitor la „ceva înspăimântător ce are gheare și urechi mari și un ochi mare, curios, în așa fel încât să poată vedea în întuneric.”

În această etapă, am spus ceva despre modul în care lucrurile ar cădea din interior dacă nu ar exista burtică; probabil că ar cădea ceva înspăimântător asemănător cu ceea ce ea desenase.

De asemenea am spus ceva legat de gheare și de ideile ei de a ajunge la ceea ce se afla în burtica Mamei atunci când Mămica ei urma să-l nască pe unul dintre cei doi bebeluși ce au apărut după L. Aceasta era o idee nouă pentru ea. Nu era prea sigură dacă își amintea ceva legat de mama aflată în stare de graviditate. (Bineînțeles, nu am folosit acest cuvânt).

19. Desenul ei, cu care am început să fac ceva și pe care l-am transformat amândoi într-o insectă.

20. Desenul meu, mai degrabă diferit de celelalte desene. Am spus: „Este cam caraghios, nu-i așa?” Iar ea a spus: ”Nu!”, și l-a transformat imediat într-un „fel de animal cu antene”. „Are un picior mare și o coadă. Poate fi drăguț *sau* groaznic.”

Am încercat să obțin de la ea câteva informații dacă lucrurile înspăimântătoare și grotnice erau de genul masculin sau feminin dar nu am primit nici o indicație satisfăcătoare referitoare la acest aspect.

21. Desenul ei, pe care l-am continuat în ceva ce ea a numit o „doamnă elegantă.” În timp ce desenam, ea îl făcea pe următorul.

De scanat desen pag 310

22. Pe o coală de patru foi. Acesta a fost „foarte dificil de realizat pentru ea” și a trebuit să fie „foarte curajoasă”. „Este un vis înspăimântător”. A început cu întunericul după care s-a desenat pe sine întinsă pe un pat. După aceasta s-a apucat de detaliile LUCRULUI ce se năpustește asupra ei. Are genunchii ridicați (în modul pe care l-a descris atunci când a desenat cangurul și pe care mi l-a și arătat). Are un picior mare și un picior mic și un ochi. Din punctul ei de vedere acest lucru este „cât se poate de groaznic”.

Am încercat să aflu de la ea ce i-ar fi făcut dacă ar fi ajuns la ea, dar tot ce a putut spune a fost: „Ar fi fost groaznic pentru mine.”

Am studiat ideea stimulării sexuale, fie sub forma unei seducții de orice natură (un lucru improbabil în familia sa), fie sub forma masturbării. Am folosit cuvinte pe care le-ar fi putut înțelege. Nu am forțat deloc acest aspect, dar am lăsat-o să afle că știam despre acest lucru și s-a uitat la mine cu ochii mirați, ca și cum aceasta ar fi fost prima dată când ea ar fi avut gânduri conștiente legate de masturbare, și sentimentele de vinovăție aferente. În mod evident aici speculam, bazându-mi ideile pe ceea ce am crezut că am văzut că se întâmplă. Am fost foarte atent și m-am

asigurat că nu puneam sub nici o formă în pericol relația existentă între noi, ce avea puternice caracteristici pozitive pe care te puteai baza pentru o asigurare în caz de mari riscuri.

Ajunși în acest stadiu, i-am oferit posibilitatea de să facă altceva sau să deseneze, iar ea a ales să mai facă încă două desene în cadrul jocului *squiggle*. În acest mod, i-am oferit toate șansele de a pleca sau de a schimba subiectul, sau de a se juca și de a vedea ce s-ar putea întâmpla.

De scanat desen pag 311

23. Desenul meu, pe care l-a transformat într-un alt cangur. De data aceasta cangurul avea o burtă mare sau un buzunar în care se afla un pui de cangur. Genunchii nu erau în sus. Am discutat despre folosirea cangurului ce duce cu gândul la o burtă în interiorul căreia se află un pui fără a ajunge direct la ideea mamei însărcinate. A vorbit despre cangur ca fiind un animal ce face multe lucruri cu picioarele, și sare. I-am împărtășit lui L. ceva mai mult din propria mea idee referitoare la faptul că acest lucru groaznic ce vine spre ea reprezintă ceva ce ea nu a acceptat niciodată, lucru pentru care are sentimente identice legate de bebelușul aflat în burta mamei sale. Atunci LUCRUL groaznic ar fi replica a ceva al ei, pe care ea l-ar putea simți ca fiind groaznic.

24. Desenul ei, pe care l-am transformat în ceva ce ei i-a plăcut. Părea că vrea să continue și ca urmare, am lăsat jocul să se deruleze în continuare.

25. Desenul meu, pe care l-a transformat într-un țap gata de atac. Am presupus (dar nu am spus nimic) că pentru L., ca și pentru alte persoane, țapul reprezintă un simbol al instinctului masculin.

De scanat desen pag 312

26. Desenul ei, pe care l-am transformat într-un alt animal mic, lucru ce i-a făcut plăcere.

27. Desenul meu, despre care a spus că urma să fie un șoarece. În orice caz, avea o ureche mare. Ajunsesem atunci la ceea ce spunea ea că va fi ultimul din serie.

28. Ultimul. Desenul ei, pe care l-a transformat în mod fantastic într-un cap de om. A început cu ochelarii și era destul de evident faptul că era un portret de-al meu. Omul citea un ziar. „Nu, își încrucișează brațele.” În acest moment era foarte eliberată și putea vedea acum orice i-ar fi plăcut să vadă în propriile sale desene.

Era acum aproape gata de plecare și i-am spus că trebuie să o aducem pe Mamă, ca urmare am strâns la un loc toate desenele pe care ar fi dorit să le re-verifice în ordinea lor corectă. Ne-am uitat pe toate amănuntele semnificative, inclusiv pe lucrurile distractive și interpretative. A scos desenul visului de pe coala de patru foi (nr. 22) și l-a pus deoparte ca fiind „diferit”, și cred că dacă Mama ei ar fi intrat în cameră, ar fi dorit ca acest desen să poată fi văzut doar de ea și de mine. Oricum, am pus toate desenele într-un dosar și i-am spus că desenele sunt ale ei și că ar putea să le aibă oricând a dorit, dar că le voi păstra eu. În practica mea uzuală, spun acest lucru la final, iar foarte rar copiii doresc să ia acasă desenele realizate în cadrul jocului *squiggle*.

Acum s-a dus să o ia pe mamă. În momentul în care a ieșit pe ușa principală, într-o stare foarte mulțumită, i-am spus: „Poate că într-o zi ne vom reîntâlni.” Iar ea a răspuns: „Sper.”

Comentariu

Cititorul care studiază această tehnică și care încearcă de asemenea să utilizeze acest material pentru a face o evaluare a stării psihiatrice a lui L., va dori să examineze lucrurile prezentate fără nici un ajutor din afară. Fără îndoială că pot fi exprimate diverse păreri, cu accentul pus acum pe un aspect sau altul al cazului.

Cu toate acestea, trebuie făcut un comentariu pentru cititor, ce va fi utilizat după ce cititorul va fi făcut un studiu personal a ceea ce s-a prezentat.

Remarci generale

Această fetiță inteligentă se încadrează în limitele termenului de „normal”, sau „sănătos”, în sensul psihiatric. Adică, ea se arată a fi liberă față de orice organizație rigidă de apărare. Într-un mod pozitiv, este capabilă de a se juca, și de a se bucura atunci când se joacă; acceptă cu ușurință joaca mea, permite suprapunerea jocului nostru, și are sensul umorului fără a fi maniacală⁸⁷.

L. este capabilă de a-și folosi imaginația și, după o verificare suficientă a situației, devine capabilă de să-mi ofere un vis semnificativ, în care apare *spaima*, acea caracteristică ce lipsește din personalitatea ei, așa cum se prezintă acelor care o cunosc.

Apar anumite teme ce atrag atenția asupra zonelor din organizația „personalității totale” a lui L. ce îi dau de furcă, din cauza conflictului, a ignoranței și a confuziei. Aceste teme sunt următoarele:

A. Tema principală

Ceva în neregulă (nr. 1).

Spațiu în loc de linie pentru burtă (nr. 1).

Linia adăugată ulterior (la momentul desenului nr. 9).

Tema cangurului, ce introduce confuzia legată de graviditate.

Graviditate genitală înțeleasă, dar fantasmă pregenitală (tract alimentar) a gravidității, relativ reprimată .

Este ca și cum i-ar fi fost date informații legate de bebelușii ce vin din uter, dar informația nu a fost „preluată”, deoarece L. încă se luptă cu ideea bebelușilor în ideea a ceea ce vine din interior – sistemul fantasmei alimentare. Nu se poate decide dacă greșeala aceasta a apărut din partea mamei sau a copilului, sau din ambele părți, deoarece este clar că angoasa a fost centrată pe

⁸⁷ Termenul de „maniacal” îmi sugerează faptul că există o stare de depresie ce este negată, înlocuită de manifestări contra-depresive – D.W.W.

LUCRUL groaznic din sistemul fantasmei tractului alimentar, iar acesta a fost legat de ideile oribile sau distructive pe care le-ar fi putut avea referitor la LUCRURILE aflate în burta mamei, care, uneori, o îngrașă.

Faptul că L. A ajuns la aceste chestiuni în relația cu mine a avut ca efect transformarea ei într-o persoană mult mai relaxată, astfel că părinții au fost mulțumiți de rezultatul clinic al consultației. Acest lucru putea arăta că L. a fi fost pregătită pentru o explicare mai imaginativă și mai copilărească a originii bebelușilor, decât pentru explicațiile ce i-au fost date.

B. Tema secundară

A existat un interes repetitiv față de pălării, iar acesta ar fi putut fi foarte bine un efect al episodului semnificativ la care mama s-a referit și pe care nu l-am povestit încă. Poate fi prezentat aici fără a interfera (sper) cu aspectele principale ale cazului.

Spre sfârșitul interviului cu mama, în care s-a discutat în principal despre ea, mi-a spus ceva de care se simte vinovată în cadrul organizării primelor luni de viață a lui L. A spus: „Pare ridicol, dar asta s-a întâmplat când L. avea 10 luni. A trebuit să plec pentru câteva zile, fără tragere de inimă, și să las copiii (pe atunci L. era cea mai mică dintre copii) în grija unei dădace, în mediul obișnuit al căminului. Am crezut că va fi destul de bine, dar trebuie să mă fi simțit vinovată deoarece atunci când m-am întors m-am repezit în camera unde L. (bebelușul) se afla, fără a-mi scoate mai întâi pălăria. Lucrul groaznic a fost că L. a înghețat. Nu reacționa la nimic din ceea ce îi făceam. Am luat-o și am ținut-o în brațele mele, iar într-un final s-a relaxat și a redevenit ceea ce era înainte de a pleca. Totul a revenit la normal, cu excepția faptului că L. are acum o fobie a pălăriilor. Pentru o perioadă lungă de timp, multe luni, bebelușul L. nu trecut pe lângă doamne cu pălării pe cap.”

Probabil că fobia pălăriilor și posibilitatea existenței unui element rezidual al celor trei zile de plecare a mamei lui L. la vârsta de 10 luni a fost factorul ce a condus la decizia mamei de a o

aduce pe L. pentru o consultație psihiatrică, nu enuresisul care nu o îngrijora deloc pe mamă; enuresisul a fost rezolvat cam în perioada consultației.

A fost important, după cum deja s-a subliniat, faptul că am urmat materialul copilului și nu pe cel al temei secundare a pălăriilor, pe care aş fi putut să o recunosc din ceea ce mama mi-a povestit despre primii ani de viață a lui L.

C. A treia temă

În final, a treia temă a fost cea mai importantă. Era legată exact de caracteristica ce lipsea din personalitatea lui L., *spaima* ce a părut mai întâi în „ceva înspăimântător” (nr. 18), iar apoi LUCRUL din vis (nr. 22). Această spaimă era legată de teama referitoare la lucrurile pe care și le imagina ea ca dezvoltându-se în interiorul abdomenului mamei sale, bazate pe aspectul de ingestie-retenție-eliminare (sau pre-genital) al funcțiilor organismului. Era legată de asemenea de propriile pornirile agresive, de supărarea pe mama ce se îndepărta de ea ca urmare a noii sarcini și de atacul ei de panică cauzat de obiectele groaznice imaginate ca fiind în interiorul mamei. Dincolo de toate acestea, aveau loc și atacurile împotriva conținuturilor materne, ce țineau de impulsurile din relația primară sau impulsul de iubire primară, cu o preistorie a ideii unui atac împotriva conținuturilor sânelui, sau un apetit insațiabil.

Travaliul efectuat în cadrul acestei consultații terapeutice a fost suficient pentru a elibera impulsul primitiv de iubire de impulsurile secundare de furie, iar consecința din punct de vedere clinic a fost că personalitatea copilului a devenit în general mai liberă, existând o detensionare între sentimentele dintre ea și mamă.

Partea principală a acestui travaliu a constatat în propriile descoperiri ale copilului sau în secvența ordonată ce a culminat cu capacitatea copilului de a putea folosi visul pe care îl avusese și din care nu a putut extrage întregul beneficiu.

Cu alte cuvinte, nu interpretările sunt cele care au condus la rezultat, dar au ajutat la propria descoperire de către copil a ceea ce se afla deja în sine. Aceasta reprezintă esența terapiei.

Rezumat

a. S-a încercat descrierea jocului *squiggle*.

b. Acesta este un joc fără reguli.

c. Nu există nimic nou în acest joc, și există foarte puține lucruri noi în folosirea lui în cadrul psihoterapiei. Ceea ce este important este folosirea materialului, în special în acest tip de lucru într-o singură ședință, pe care o numesc „consultație (diagnostic) terapeutică”.

d. Astfel, pentru a descrie jocul, a fost necesar să dau un exemplu, iar acest lucru a implicat o descriere a unui caz. Dar nu există două cazuri identice, din acest motiv un exemplu poate conduce spre piste greșite. Din acest motiv, persoana care studiază această tehnică este invitată să studieze acest caz împreună cu alte cazuri publicate⁸⁸.

e. Ca să spunem așa, în multe dintre cazurile noastre batem la o portiță. Chiar aceste cazuri (comune) ne furnizează cel mai bun material pentru acest gen de muncă în cadrul psihiatriei infantile. Orice ține de îmbunătățirea clinică ce urmează unei ședințe bineînțelese că produce un răspuns favorabil acasă sau la școală.

f. În cazul în care munca dintr-o ședință nu conduce la un rezultat clinic, bineînțelese că atunci cazul este încadrat ca fiind unul ce necesită o abordare diferită, cum ar fi lucrul pe caz sau o durată lungă de psihoterapie. Jocul *squiggle* nu va fi descoperit ca dominând scena pentru mai mult de o ședință, sau cel mult două sau trei. Este preferabil să gândești în termeni de reluare a primelor ședințe, astfel că cineva ar putea spune că jocul *squiggle* sau echivalentul acestuia este folositor ca tehnică pentru o primă ședință.

g. Ar fi împotriva intenției mele dacă jocul *squiggle* ar deveni standardizat sau descris prea în amănunțime. Principiul constă în faptul că psihoterapia este efectuată într-un spațiu în care se suprapun spațiul de joacă al copilului și spațiul de joacă al adultului sau terapeutului. Jocul *squiggle* este un exemplu al modului în care poate fi înlesnită o astfel de interacțiune.

Valoarea consultației terapeutice*Scris în 1965⁸⁹*

Există un aspect al psihanalizei aplicate care a început să mă intereseze din ce în ce mai mult în ultimele două decenii. Acesta este folosirea primului interviu sau a primelor interviuri.

Mai întâi trebuie să atrag atenția în mod foarte clar asupra faptului că ceea ce descriu nu este psihanaliză. Dacă încep o analiză nu adopt procedura descrisă aici. Cu toate acestea, sunt de părere că terapeutul, pentru a se pregăti de acest lucru, trebuie să se familiarizeze cu tehnica clasică psihanalitică și trebuie să treacă printr-un număr de analize efectuate sub forma unor ședințe zilnice continuate de-a lungul anilor. Doar în acest mod, analistul învață ceea ce trebuie învățat de la pacienți, și doar în acest mod analistul stăpânește tehnica reținerii interpretărilor valabile ce prezintă relevanță imediată sau urgentă.

Nu voi spune că o analiză la întreaga scară este pentru pacient întotdeauna mai bună decât un interviu psihoterapeutic. Tratamentul aferent psihanalizei lasă adesea neatinsă simptomatologia pentru o perioadă de timp, pe parcursul căreia repercusiunile sociale pot complica infinit problema; mai mult, tratamentul ar putea necesita mutarea copilului dintr-o casă îndeajuns de bună într-o locație ciudată, iar aceasta reprezintă o complicație ce mai bine ar trebui evitată. Cu alte cuvinte, există cazuri în care o schimbare rapidă simptomatică este preferabilă unui tratament psihanalitic, chiar dacă cineva ar prefera ultima dintre variante.

Lăsând la o parte aceste aspecte, există o vastă cerere clinică pentru psihoterapie ce nu are legătură în nici un fel cu oferită de psihanalisti, iar din acest motiv, în cazul în care există un tip de caz ce poate fi ajutat de una sau trei vizite la psihanalist, acest lucru mărește la scară largă valoarea

⁸⁸ Vezi *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*

⁸⁹ Publicat în *Foundations of Child Psychiatry*, ed. Emanuel Miller (Londra: Pergamon Press, 1965)

socială a analistului și ajută la justificarea nevoii sale de a efectua analize complete pentru a învăța meserie.

Este bine cunoscut faptul că primul interviu în cadrul unei analize poate conține material ce poate apărea spre analiză pentru luni și chiar ani de zile. Persoanele ce studiază acest aspect sunt sfătuite să își ia cu atenție notițe ale primelor interviuri, notițe ce pot fi întrebuințate în toate etapele ulterioare și care fac posibilă reconstrucția analizei în vederea descoperirii sensului mai profund și mai subtil în evenimente și asociații libere oferite în cadrul primei ședințe.

Ceea ce eu numesc interviu psihoterapeutic face posibilă utilizarea cât mai complet posibilă a acestui material relativ fără apărări. Există un pericol real în cadrul acestui lucru, pericolul de a nu face absolut nimic, iar riscurile provin mai degrabă din timiditatea sau ignoranța terapeutului, decât din sentimentul pacientului de a fi fost tras pe sfoară.

În etapa primului interviu, psihoterapeutul este un obiect subiectiv. Adesea, un copil va visa psihoterapeutul în noaptea dinaintea zilei interviului, astfel că, de fapt, psihiatrul se infiltrează în noțiunea preconcepută a pacientului. Cu alte cuvinte, pacientul conferă situației o anumită măsură de credință sau o doză a capacității de a crede într-o persoană care-l ajută sau îl înțelege. De asemenea, el aduce și o doză de suspiciune. Terapeutul încasează ceea ce aduce pacientul și acționează până la limita schimbării pe care pacientul și-o permite. Pacientul pleacă fără a fi avut o percepție obiectivă a terapeutului, iar a doua vizită va fi necesară pentru a obiectiviza terapeutul și a spulbera magia.

Astfel, există o diferență între această tehnică și tehnica psihanalizei care constă în faptul că, în timp ce în cazul ultimei tehnici nevroza de transfer se desfășoară treptat și este utilizată pentru interpretare, în cazul interviului psihoterapeutic există un rol prestabilit pentru terapeut bazat pe modelul pacientului privitor la așteptările sale. Dificultatea care apare uneori pentru terapeut constă în a face atât bine cât i se permite în situația dată. Într-adevăr, mulți pacienți se așteaptă să fie imediat înțeleși și s-ar putea spune că fie ne integrăm, fie, în caz contrar, lucrăm pe baza principiului „psihanaliză sau nimic.” Bineînțeles că nu putem înțelege imediat decât dacă suntem

informații, iar uneori, în primul interviu, pacientul este dornic și chiar zelos în a-și informa terapeutul oferindu-i tot ceea ce este necesar pentru o interpretare profund semnificativă.

Se întâmplă adesea să găsim un copil care a oferit toate informațiile psihologului ce efectuează un test de inteligență, iar materialul prezentat nu a condus la înțelegere (aceasta nu este inclusă în scopurile urmărite de psihologi) iar acest lucru s-a dovedit traumatic, conducând la întărirea suspiciunii și la împotrivirea de a oferi indicii adecvate⁹⁰. Din acest motiv, eu mi-am văzut primul pacienții, iar dacă era necesar îi trimiteam la psiholog după ce mă luptam cu cazul prin efectuarea a ceva semnificativ în primul sau în primele câteva interviuri.

Aș spune că este ceva comun ca pacienții să plece de la primul interviu deziluzionați și nedorind a mai face alte încercări de a căuta ajutor din punct de vedere psihiatric, ca urmare a eșecului consultantului de a folosi materialul prezentat. Este relativ rar ca un pacient să fie rănit de interpretări eronate făcute într-o încercare de a utiliza ceea ce este prezentat, erorile prin omisiune fiind datorate limitelor ce aparțin încercărilor umane. Am învățat acest lucru de la pacienții mei psihotici (aflați la granița schizofreniei) ce sunt extrem de toleranți față de limitele de înțelegere ale analiștilor, deși, în același timp, aceștia pot fi foarte intoleranți față de incorectitudinea comportamentului analistului (faptul de a nu fi de încredere, reușitele inegale, manifestările care reconfirmă ura inconștientă etc).

Tehnica

Pentru a obține cât mai mult dintr-un prim interviu, terapeutul trebuie să fie foarte atent să nu complice situația. Trebuie spus și făcut tot felul de lucruri ce țin pur și simplu de faptul că terapeutul este o ființă umană, ce nu se află pe un piedestal profesional și care este, cu toate acestea, conștientă de sacralitatea momentului. Acest lucru este valabil indiferent de vârsta pacientului.

⁹⁰ Acest lucru se folosește mai ales în testele T.A.T. în care pacientul a ajuns la idei neașteptate, temeri, stări – D.W.W.

O fetiță, în vârstă de 2 ½ ani , m-a văzut de câteva ori. Ea a cerut să vadă pe cineva pentru a întreba despre o teamă pe care părinții ei nu o pot înțelege, iar când a primit ajutor din partea mea, a insistat să mă folosească în continuare până când problema ei va fi fost rezolvată. De fiecare dată se concentra pentru interviu, după care plonja într-o stare de relaxare. A cincea oară, de exemplu, a venit (dintr-o excursie cu trenul), în brațele tatălui ei, sugându-și degetul sau degetul tatălui ei. Era foarte tensionată în momentul sosirii la ușa mea, iar după ce a intrat s-a dus imediat în cabinetul meu și s-a așezat pe jos printre jucării. După acest interviu, ea (în vârstă acum de 3 ani) era, ca de obicei, într-o stare veselă. Era interesată de orice ar fi putut vedea din tren în drumul spre casă. După-amiază s-a jucat în mod constructiv și cu mare satisfacție. Seara a făcut o remarcă adecvată cât privește lucrul din cadrul ședinței.

Aceasta a fost ca o reacție a unui copil la unele ședințe analitice, dar a fost într-un sens mai mult o miză, din cauza distanței dintre casa copilului și cabinetul meu, despre care de fapt a vorbit în ședință.

Un băiat de 6 ani, cu un C.I. relativ scăzut, înapoierea fiind efectul secundar al unei psihoze infantile, a venit la primul și singurul său interviu într-o stare de aprehensiune. Mama a scris: „Bineînțeles că a vrut să știe unde mergem și a trebuit să-i dăm un răspuns clar, dată fiind experiența sa de la vârsta de 4 ani când i-au fost scoase amigdalele. Nu am știut exact ce să spun, astfel că i-am spus ceva despre învățarea la școală și obiceiul său supărător de sugere a degetului. Oricum, după interviul cu dumneavoastră, a menționat faptul că nu l-ați întrebat nimic în legătură cu acest obicei. Părea că simte că l-aș fi înșelat un pic... Când a întrebat din nou de ce am mers să vă vizităm și de ce nu i-am luat și pe ceilalți băieți ai noștri, i-am răspuns că dumneavoastră sunteți un prieten, că ne-am gândit că i-ar face plăcere să vă întâlnească și că l-am luat doar pe el deoarece el era cel mai în vârstă dintre

băieții noștri. A fost mulțumit de acest răspuns. În dimineața respectivă a fost foarte nerăbdător de a merge direct la dumneavoastră și a nu pierde timp pe la cumpărături.”

Acest băiat a folosit semnificativ interviul său, a plecat „încântat” și a fost gelos pe părinții săi când aceștia au venit să mă vadă câteva săptămâni mai târziu.

Este bine să-i poți pregăti pe părinți înainte, poate prin telefon, privitor la sfatul că ar fi probabil cel mai bine pentru copil ca acesta să fie văzut primul. Problema constă în faptul că părinții ar trebui să fie lăsați la o parte cu această primă ocazie. Este dreptul pacientului de a fi pacient, iar dacă părintele nu poate coopera în acest sens, atunci cineva trebuie să considere dacă de fapt persoana bolnavă nu ar fi mai degrabă părintele decât copilul. În cazul în care părintele este pacient, atunci părintele ar trebui văzut primul, caz în care cel mai bine ar putea fi să nu facă nimic cu copilul, cu scopul evitării alimentării speranțelor ce nu pot fi puse în realitate.

Este axiomatic faptul că, dacă se asigură pacientului un mediu profesional adecvat, copilul (sau adultul) aflat în suferință va aduce acest subiect într-o formă sau alta în cadrul interviului. Motivația este determinată foarte profund. Poate că este vorba despre suspiciunea arătată, sau despre o încredere prea mare, sau încrederea este stabilită repede, iar mărturisirile apar imediat. Orice s-ar întâmpla, întâmplarea este cea semnificativă.

Un băiat în vârstă de 8 ani a avut un interviu foarte fructuos cu mine; am muncit mult și am putut să-i ofer ajutor pe baza informațiilor furnizate. La al doilea interviu, nu s-a întâmplat absolut nimic. I-am pus la dispoziție băiatului întreaga sa oră, iar tot ceea ce am spus a fost: „Nu știu ce se întâmplă, dar știu că ai un motiv pentru a mă controla. Ultima dată m-ai ajutat ca să te ajut pe tine; de data aceasta nu pot face nimic.” Astfel că ne-am despărțit. În aceea seară, băiatul i-a spus întâmplător mamei sale pe când făcea baie că un bărbat a încercat să-l atace în parc; mama l-a întrebat: „I-ai spus acest lucru domnului doctor Winnicott?”, iar el a răspuns: „Nu!” într-un mod surprinzător, ca și cum nu și-ar fi putut imagina acest lucru ca

fiind unul important. De fapt, el mi-a spus acest lucru într-un mod mai bun, fiind suspicios față de mine și ținându-mă sub controlul lui. L-am văzut de urgență a doua zi, iar el mi-a oferit un alt interviu plin de recompense, povestind incidentul și propriile sale dorințe imaginative homosexuale, bazate pe o relativă deprivare de tată.

Ideea acestei relatări a constat în faptul că băiatul a reușit să comunice prin faptul că a lăsat să nu se întâmple nimic, iar eu am acceptat acest fapt ca formă de comunicare.

Nu există o instruire tehnică clară ce trebuie dată terapeutului, de vreme ce acesta trebuie să fie liber de a adopta orice tehnică ce este adecvată cazului. Principiul esențial constă în faptul că este asigurat un cadru uman, în vreme ce terapeutul este liber de a fi el însuși, neperturbând cursul evenimentelor, făcând sau nu lucruri ca urmare a propriei sale anxietăți sau vinovății, sau a propriei nevoi de a avea succes. Este picnicul pacientului și chiar și vremea este vremea pacientului. Încheierea interviului aparține de asemenea pacientului, cu excepția cazurilor în care nu există o structură a interviului ca urmare a lipsei structurii în personalitatea pacientului sau în raportarea pacientului față de obiecte, caz în care această lipsă de structurare este comunicată prin ea însăși.

Oricine studiază aceste tehnici și încearcă să studieze tehnica mea personală ar trebui să studieze modul în care m-am comportat într-o lungă serie de cazuri și va descoperi faptul că m-am comportat de fiecare dată în funcție de cazul respectiv.

Sper că singura trăsătură ce va fi observată după o examinare amănunțită a cazurilor mele va arăta libertatea mea de a-mi folosi cunoștințele și experiența mea pentru a veni în întâmpinarea nevoilor specifice ale pacienților, așa cum sunt prezentate în unica ședință ce este descrisă.

Încă o observație: este necesar ca această muncă să se desfășoare într-un cadru mai larg, în care să existe posibilitatea ca pentru un caz să aluneci într-un alt tip de categorie a psihiatriei *infantile*. Nu trebuie să eșuezi în nici un caz (cu excepția celor în care lipsește înțelegerea necesară, situație în care nu este indicată autocritica). În cazul în care interviul psihoterapeutic se va dovedi inadecvat chiar și sub sloganul: „Cât de puțin facem în acest caz?”, atunci poate fi pus în mișcare un

mecanism mult mai complex. Cazul poate deveni unul dintre cazurile ce necesită întregul sistem de psihiatrie infantilă.

Dar înțelept este să nu gândești în termeni de *psihanaliză* pentru cazurile în care consultația psihoterapeutică cu obiectivele sale limitate, nu reușește; mai bine ar fi, dacă psihanaliza este un lucru practic, să lucrăm de la început pe bazele pe care psihanaliza le va cere de la sine. Motivul pentru acest lucru este că o folosire la un nivel ridicat a primului interviu tinde să facă dificile etapele inițiale ale analizei clasice, mai ales dacă analiza trebuie efectuată de către o altă persoană decât consultantul inițial ce a pătruns adânc și rapid în cadrul primului interviu, când a încercat punerea diagnosticului.

Rezumat

1. Interviul de diagnosticare trebuie să fie unul terapeutic, de vreme ce unul dintre criteriile principale pentru diagnosticare este răspunsul ce indică gradul de rigiditate sau lipsa relativă de rigiditate a organizației de apărare. Imaginea clinică de ansamblu poate fi înșelătoare fără această cheie suplimentară pentru evaluarea personalității pacientului.

2. Se asigură un cadru uman, iar în acest cadru pacientul aduce și manifestă direct tensiunea și stresul.

3. Psihiatrul este un obiect subiectiv, iar folosirea interviului reprezintă capacitatea pacientului de a crede în persoane semnificative, dacă psihiatrul nu interferează cu modelul interviului.

4. Psihiatrul trebuie să aibă o experiență bazată pe tratamente lungi, în care travaliul este efectuat asupra materialului transferențial, pe măsură ce acestea se dezvoltă treptat, tratamente care permit perceperea obiectivă a analistului de către pacient.

5. În acest travaliu, interpretarea este rezervată pentru momentul semnificativ, iar atunci analistul oferă cât de multă înțelegere poate da. Faptul că pacientul a furnizat materialul expres

pentru interpretare oferă terapeutului credința că interpretarea este necesară și că este mult mai periculos să nu interpretezi decât să interpretezi. Pericolul constă în faptul că pacientul se va simți convins că nimeni nu înțelege și că nimeni nu dorește să înțeleagă.

6. Aceasta nu este o interpretare „sălbatică”; cu toate că și interpretările sălbătice pot reda ideea dorinței de a înțelege.

O fetiță în vârstă de 10 ani mi-a spus: ”Nu contează dacă unele lucruri pe care le spui sunt greșite, pentru că eu știu care sunt greșite și care sunt corecte.” Ceva mai târziu, în cadrul tratamentului, mi-a spus: „Dacă aș fi în locul tău, nu aș continua să ghicesc,” sugerând că ar putea tolera faptul că eu nu știu⁹¹.

42

Concluziile în urma unui interviu psihoterapeutic cu un adolescent

Lucrare susținută la a 20-a Conferință a Centrelor de Îndrumare a Copiilor, London School of Economics, 11 aprilie 1964⁹²

Contribuția mea la această discuție și-a prescris sieși anumite limite mai degrabă stricte. Se pot obține multe informații din examinarea unui adolescent ca fenomen complet. Ideea acestui capitol este ca în final să ajungem la individ, băiat sau fată. Dacă ar fi adevărat că nu se poate generaliza plecând de la un singur caz, este și mai adevărat faptul că nu se poate observa individul într-o privire de ansamblu.

Definiții

Cuvântul „pubertate” descrie o etapă în procesul fizic de ajungere la maturitate. Adolescența reprezintă etapa de transformare în adult prin dezvoltarea emoțională. Este un lucru comun pentru

⁹¹ Acest articol includea inițial o descriere a cazului „Ashton”, Cazul 9 în *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry* (Consultația terapeutică a copilului, EFG, 2003, București) (Londra: Hogarth Press, New York: Basic Books, 1971).

băieți și pentru fete faptul de a trece prin etapa de dezvoltare puberală fără a experimenta adolescența și fără a ajunge la maturitatea emoțională ce reprezintă partea bună a statutului de adult.

Adolescența se întinde pe o perioadă de timp în care individul este un agent pasiv în procesul de creștere. Am făcut referire în alte părți⁹² la *toanele adolescentului*, perioadă în care nu există nici o soluție imediată pentru vreo problemă. Singura vindecare în cazul adolescenței este trecerea timpului, trecerea a trei până la șase ani, perioadă la sfârșitul căreia adolescentul devine adult – adică devine capabil de a se identifica cu figurile (personalitățile) părinților și cu societatea fără a adopta soluții false.

Adolescenții detestă soluția falsă, iar acest lucru îi face dificil de manevrat (*handle*). Însă societatea recunoaște corectitudinea acestei dificultăți. Oare?

Mai adaug încă un lucru înainte de a descrie un caz: adolescența este în permanență cu noi, dar trebuie să ne amintim că acesta nu este un comentariu asupra băieților și fetelor din prezent, caree sunt dificili, de vreme ce ei în permanență cresc și devin adulți. Există întotdeauna un nou grup de băieți și fete ce oferă un nou tip sau o nouă fază a comportamentului dificil.

Jane, în vârstă de 17 ani, a fost trimisă la cabinetul meu de medicul său generalist, care a scris:

Înțeleg că Jane a reprezentat dintotdeauna o problemă, deși trebuie să admit că o consider o persoană foarte încântătoare și inteligentă. În mod evident, a existat o tulburare – despre care nu mi s-a spus nimic – care a reprezentat debutul supărării ei actuale. Jane s-a retras complet din toate relațiile familiale. Nu cred că există vreo îndoială privitoare la faptul că are o aversiune profundă și o gelozie irațională față de sora ei, care este în mod superficial mai plăcută și mai realizată dintre ele două. Există o istorie familială a bolilor mintale și o instabilitate...

⁹² Articolele din cadrul conferinței au fost publicate de către Asociația Națională pentru Sănătate Mentală. – Ed.

Ce ați fi făcut în aceste circumstanțe? Ați fi aranjat în așa fel încât să adunați toate faptele, să vedeți părinții și apoi să o vedeți pe fată? Sugerez că singura modalitate bună de a obține istoria unui caz este să o obțineți așa cum vine din partea pacientului; iar asta odată ce s-a stabilit cine este persoana bolnavă din cadrul grupului. O istorie obținută de la pacient are un adevăr al ei, cu toate că faptele pot fi inexacte sau contradictorii. Mai mult, amănuntele legate de istoric, luate așa cum apar, pot fi folosite de către psihoterapeut, pe când detaliile obținute cu exactitate de o comisie de descoperire a faptelor sunt lipsite de valoare, cu excepția scopurilor unei conferințe asupra cazului.

Am văzut-o pe Jane, după care am aranjat relația mea cu părinții prin telefon sau scrisori. În acest caz nu am văzut pe nimeni din familie cu excepția lui Jane. Acest lucru a tensionat familia, lucru pe care eu îl recunosc în totalitate – dar ei sunt prezenți în caz!

În acest moment, trebuie să vă amintesc că nu este nimic mai dificil decât să decizi dacă cineva consultă un băiat sau o fată sănătoasă aflată în chinurile adolescenței sau o persoană bolnavă, vorbind din punct de vedere psihiatric, aflată la vârsta pubertății. Ceea ce observăm este adolescența, sau stagnarea și denaturarea adolescenței ca urmare a bolii? Sper ca acest caz să ilustreze această dificultate.

Prima consultație

Jane a intrat, s-a așezat la o masă, iar începutul nu a fost dificil. A spus că tatăl ei este profesor de fizică la o universitate tehnică și că mama ei de asemenea are o slujbă; a mai spus că are o soră care este cu 14 luni mai mare decât ea. Am întrebat-o despre familia ei. Am spus: „Tatăl este foarte inteligent?” – și părea să creadă că este, ca și sora sa. A spus: „În

⁹³ Vezi: “Adolescence: Struggling through the Doldrums”, în *The Family and Individual Development* (Londra: Tavistock; New York: Basic Books, 1965)

mod evident, am crescut într-un grup de persoane educate și consider aceste lucruri mai degrabă ca fiind de la sine înțelese.”

Permiteți-mi să o descriu pe Jane așa cum s-a înfățișat la interviurile sale, dintre care două vi le voi prezenta. În acest prim interviu, **looked the part**. Avea părul lung mai degrabă drept, sub forma literei V inversate, ce pornea de la fruntea ei și se deschidea treptat pentru a înfățișa nasul și gura. Ieșită în afară era o bărbie foarte ascuțită și gura ei, cu siguranță nesenzuală, indicând o abordare intelectuală; este posibil ca acolo să fi existat o ieșire în afară intenționată a mandibulei, mai mult decât era natural.

La primul interviu, puteai avea imediat impresia unei personalități puternice, a unei inteligențe și a unei persoane destul de capabilă să aibă grijă de sine. Pe Jane nu părea să o deranjeze faptul că luam notițe într-un mod dezorganizat. (Dacă nu le-aș fi luat nu ați fi avut parte de această relatare.) Am fost foarte atent la acest aspect din cauza suspiciunii naturale a adolescenților, dar nu am descoperit nici o problemă în acest sens. Atunci când devenea suspicioasă, îmi spunea.

Toate acestea erau mai degrabă conștiente. A doua oară când a venit era de-a dreptul deprimată. Arăta acest lucru. La al patrulea interviu, șase luni mai târziu, devenise o adolescentă normală, îmbrăcată în jeanși de pânză foarte strâmți, având părul ciufulit în toate părțile. Nici o mișcare și nici o dispoziție. Când a venit a cincea oară, lucru ce s-a întâmplat de curând, purta o haină și o fustă și deja se putea ghici starea de adult.

Vreau, în cazul în care nu faceți acest lucru voi înșivă (și cei mai muți dintre voi îl faceți) să urmăriți modul în care se derulează interviul. Un bun interviu în psihiatria infantilă se derulează de la sine, sau se întrerupe dacă trebuie. Trebuie să fii eu însumi, viu și treaz, dar în cazul în care împing eu lucrurile, sunt un o persoană ce nu ia bine interviul. Pot fi natural. Pot să mă bâlbâi, să mâzgălesc sau să mă scarpin în cap, dar dacă încerc să fac ca interviul să urmeze un model, interferez cu procesul natural. Astfel ar putea fi considerat ca *axiomatic* faptul că atunci când un

copil, un adolescent sau un adult suferă, o parte din acest aspect va apărea pe parcursul interviului dacă sunt asigurate condițiile ce pot conduce probabil la înțelegere.

Să continuăm:

Jane și-a descris familia, iar acest lucru a dus la o povestire despre părinții ei, despre neînțelegerile dintre ei și despre faptul că aceștia locuiesc separat.

A spus despre mama ei: „Este inteligentă și mult mai profundă decât mine; mama este cea mai profundă dintre noi toți. (Pauză). (Bineînțeles, nu pot acorda pauză. Acest lucru ar transforma interviul într-o conversație de două ore, însă pauzele sunt importante.) Eu însămi sunt acum, sper, în afara influenței surorii mele, dar acest lucru a însemnat o adevărată luptă. Toată lumea admite faptul că sora mea este exagerat de geloasă. Acum a plecat în alt oraș. Are probleme și e gata de a se mărita cu cineva care nu este prea potrivit.”

Mai târziu mi-a oferit o versiune diferită a acestui aspect, dar ceea ce este adevărat ACUM pentru pacient este adevărul pe care îl caut.

În acest moment am întrebat-o: „Dacă ai fi venit aici pentru că așa ai fi dorit tu, cum ar fi fost? – ce m-ai fi întrebat sau pentru ce m-ai fi folosit?”

Voiam să mă asigur că nu era doar ascultătoare venind aici din cauza mamei sale.

A răspuns: „Vin pentru că așa am vrut. Sunt trei sau patru ani de când ar fi trebuit să fi consultat un psihiatru. Nu neapărat din cauză că sunt o persoană neliniștită, dar mama se îngrijorează. Ne certăm, de obicei când sora mea este acasă. De curând, sora mea s-a certat cu mama, iar eu am refuzat cu desăvârșire să mă amestec; astfel că m-am retras, iar acest lucru a însemnat că m-am izolat.”

Aici se referea în felul său propriu la retragerea descrisă de medicul generalist.

Jane a continuat: „Bineînțeles că știți că întotdeauna adaug melodramă și mint în legătură cu orice. Mama vede probleme peste tot; știți, îmi place foarte mult de sora mea, dar totuși, ea

este cu 14 luni mai mare decât mine și asta înseamnă o grămadă de probleme, deoarece ne-am întrecut întotdeauna ca și cum am fi fost egale. Dar acum ea și cu mine trăim separat una de alta. Slavă Domnului că m-am separat complet de sora mea. Este o persoană demonstrativă, pe când eu nu sunt. Ei nu-i plac secretele. Lumea crede că sunt excentrică și na-m nici o treabă cu convențiile; tata e mai degrabă convențional.”

În continuare, avem o prezentare generală a situației de acasă și o anumită referire la problemele apărute ca urmare a faptului că doar 14 luni le-au separat pe aceste două surori. În final, această temă a evoluat într-un mod neașteptat, către sfârșitul celui de-al doilea interviu. Vă voi aminti din când în când de această temă.

Am întrebat-o despre tatăl și mama ei, iar ea a răspuns: „Nu se înțeleg bine. Părinții mei nu au fost niciodată fericiți împreună; tata era mereu departe, fiind profesor, închis în micul său univers. A existat o perioadă, pe când aveam 14 ani, iar sora mea 15 ani, când eram geloase una pe cealaltă în privința mamei. Am fost surprinsă când aceasta a apărut, dar în afara acestei scurte perioade, nu am avut față de mama sau față de oricine altcineva genul de sentimente ce m-ar fi făcut geloasă. Pe de altă parte, sora mea a avut întotdeauna o natură înclinată spre gelozie. Într-un fel, i-am dat-o pe sora mea tatălui; ea îi poate mărturisi chestiuni sexuale într-un mod în care eu nu îl voi face niciodată. Atunci când eram copii, nu știam că tata și mama se aflau într-o stare conflictuală, cu toate că a existat o remarcă timpurie de-a mea ce indică faptul că s-ar fi putut să știu acest lucru; s-a întâmplat pe când aveam 9 ani: sora mea a întrebat-o pe mama în legătură cu situația dintre ea și tata, iar eu îmi amintesc că i-am spus: ”Nu face asta!” – nu doream ca mama să răspundă la această întrebare. Eram disperată deoarece știam că ar fi spus că lucrurile nu sunt bune între ea și tata. Mă bucur întotdeauna că trăiesc, și uneori chiar sunt foarte bucuroasă. Pe de altă parte, sunt mai degrabă cinică în modul meu de a trata viața. Eu și sora mea am cunoscut întotdeauna realitățile vieții. Am avut rezultate satisfăcătoare la școală până într-a șasea,

după care am mers la o școală unde am fost *cu adevărat* fericită, pentru această școală având în continuare o afecțiune, dar m-am săturat de ea. Am devenit nefericită, dar *în principiu eram fericită, așa cum sunt întotdeauna*. În cele din urmă, școala a devenit un chin și am mers la o altă școală. Aici am găsit o atmosferă relaxată. Lucrul extraordinar este faptul că în aceeași clasă sunt educați persoane de ambele sexe, iar 50% dintre elevi sunt străini. La această școală ești responsabil pentru propria persoană. Unele fete nu știu cum să folosească această emancipare, dar mie mi se potrivește. Nu reușesc să obțin niciodată nota maximă deoarece nu cred în chestia asta. Munca este zadarnică. Sau poate că sunt leneșă, nu-mi place să muncesc din greu. Îmi place *ideea* de muncă, iar în anumite perioade pot munci din greu. Am prietene și câțiva prieteni și sunt plăcută *într-un fel*. Sora mea, pe de altă parte, nu a fost niciodată populară. Acesta este unul dintre lucrurile care ne-a deosebit întotdeauna una de cealaltă. Sora mea a trebuit să apeleze direct la relațiile emoționale deoarece nu avea relații de *prietenie*, iar atunci când a descoperit heterosexualitatea s-a considerat foarte atractivă și **let rip**. Acum, ea este logodită și probabil că se va căsători în curând, așa cum am spus mai devreme. Poate că bărbatul respectiv nu este nepotrivit, dar este străin.”

(După tonul ei, părea să arate că asocia străinii cu elementul de neacceptare. Ați fi de acord, nu-i așa, că, inconștient, „străin” semnifică incest și în același timp opusul extrem al incestului, exogamie?)

„Dintotdeauna am fost populară. Ceea ce mă îngrijorează este faptul că nu am standarde morale reale. Nu pot simți dacă ceva este greșit. Îți voi explica ce vreau să spun. Am o prietenă care este foarte fericită acasă, spre deosebire de mine, și care s-a împrietenit cu un străin destul de drăguț dar care acționează cam repede și pe care l-a îndepărtat; ea a spus despre asta: „Ei bine, nu știu; i-ar frânge inima mamei”. Trebuie să fie minunat să ai așa pe cineva care să-ți poată spune și să-și spună la rândul lui unde te afli... vedeți dumneavoastră, chiar îmi iubesc foarte mult mama, dar nu doresc să am intimități cu ea și nu vreau implicări emoționale. Din acest motiv, mi-am dorit un frate mai mare care ar fi putut fi ca o mamă

pentru mine, fără a fi însă mamă; mi-ar fi putut oferi un umăr pe care să plâng; dar nu aş plânge niciodată pe umărul mamei. Vedeţi, chiar îmi plac oamenii ca mama, dar nu mă implic emoţional. Apoi, este sentimentul teribil de vinovăţie al surorii mele. Nu mă simt vinovată pentru nimic. Sora mea spune: „Mama nu înţelege.” Mama mea nu simte ostilitate din partea mea deoarece corespunde nevoilor mele.” Jane continuă să vorbească despre ea, spunând că nu poate fi o persoană demonstrativă şi că îşi iubeşte cu adevărat mama: „Vedeţi, încerc să fiu un individ, da, să-mi stabilesc propria mea identitate; iar în timp ce fac acest lucru nu-mi pot permite să iau asupra mea grijile mamei. Vedeţi, mama plânge aproape tot timpul, cu toate că într-adevăr este o persoană foarte controlată. Nu ar încerca niciodată să mă facă să iau asupra mea grijile ei; dar aş putea face uşor lucrul acesta, *şi atunci nu l-aş face...* În prezent par să fiu mai tot timpul un pic obosită.”

Semnificaţia completă a acestui conflict din relaţia cu mama a devenit mai evidentă pe măsura avansării acestui interviu, precum şi a următorului.

Am discutat puţin despre vise şi despre imaginaţie după care a început să-mi povestească cu sârg despre jocurile cu sora sa din perioada de început a copilăriei. A spus: „Sora mea şi cu mine suntem ca nişte catalizatori una pentru cealaltă. În toate tipurile de medii ne jucam împreună şi aveam lumi ale noastre pe care le împărtăşeam, şi în toate acestea chiar a existat o experienţă imaginativă minunată. Lucrul groaznic a fost atunci când toate acestea au încetat. Au încetat când eu aveam 13 ani; într-adevăr, ca urmare a mutării din casa unde am locuit cu toţii şi unde locuieşte acum tatăl meu. Toate aceste jocuri erau atât de intim legate de casă, astfel că nu au putut fi reluate niciunde.”

Jane a continuat să vorbească despre „frumoasa iresponsabilitate a copilăriei.” A spus despre copilărie: „Vezi o pisică şi eşti cu ea; este un subiect, nu un obiect.”

I-am spus: „Este ca şi cum ai trăi într-o lume de obiecte subiective.”

După care a spus: „Este o modalitate bună de a exprima acest lucru. Din acest motiv scriu poezii. Acesta este genul de lucru ce reprezintă baza poeziei. Bineînțeles (a adăugat) este doar o teorie nefondată de-a mea, dar așa mi se pare, iar acest lucru explică de ce bărbații sunt aceia care scriu mai multă poezie decât femeile. Femeile sunt atât de prinse în îngrijirea copiilor sau în facerea acestora iar viața imaginativă și iresponsabilitatea le transferă copiilor. Am ținut un jurnal, dar acum scriu doar lucruri pe care le simt în poezii; în poezie se cristalizează ceva.”

Am comparat acest lucru cu autobiografia despre care a spus că o simte ca aparținând unei vârste mai înaintate. A spus: „Există o afinitate între vârsta înaintată și copilărie.” (În timp ce vorbea, se uita la mine mai degrabă tăios.) „Nu arăt oricui poeziile mele, deoarece, deși pentru o scurtă perioadă de timp îmi plac toate poeziile mele, curând îmi pierd interesul față de ele. Nu mă interesează problema: chiar sunt bune poeziile sau nu? – adică dacă le-ar considera alte persoane ca fiind bune”.

Am întrebat-o despre vise, iar acest lucru a condus la subiectul visării în timpul zilei și a detașării ei de lume. În mod evident, era important, de vreme ce acum făcea acest lucru de una singură în loc de a face acest lucru în cadrul jocului cu sora sa. A spus: „După nivelele O, am fost la o școală de arte unde m-am lăsat pe tânjeală. Am capacitatea de a desena și aș putea-o face mai bine decât am făcut, dar nu o voi face. Uneori aș putea desena o figură pe care o poți vedea prin poziția ei, că e figura unei *persoane deprimată*. Aceasta poate fi realizată ca fiind a altcuiva, dar în realitate sunt *eu însămi*. Însă lucrul amuzant este faptul că în mine este prezentă întotdeauna bucuria de a trăi (*joie de vivre*), indiferent cât de deprimată aș fi. Par să existe niște resurse interioare, astfel că niciodată *nu trebuie să fac ceva*; alții par să aibă întotdeauna ceva de făcut; dar nu mă număr printre aceștia. Pe de altă parte, câteva lucruri fac ca lumea să creadă că sunt excentrică; pare că trebuie să spun lucrurilor pe nume, ca și cum ar trebui să fiu naturală. Nu sunt chiar o excentrică dar lumea crede să sunt ciudată.”

Am întrebat-o despre subiectul fațadei și a preluat acest subiect. A spus: „Chiar sunt foarte introspectivă. Trăiesc la un sub-nivel. Atunci când sunt în preajma oamenilor este ca și cum aș simți

că ei există. În viața mea am întâlnit aproximativ cinci sau șase persoane care produc un efect asupra mea, pe care îl recunosc atunci când mă aflu în aceeași încăpăre cu ei, anume că ei sunt ușor depărtați. Una dintre ele este mătușa mea, care a devenit schizofrenă și sinucigașă, și mi-a arătat că sunt foarte sensibilă față oamenii atinși de nebunie. Problema este că simt ce se află sub suprafață mai mult decât simt ceea ce se află la suprafață. Vedeți, nu pot trăi cu o fațadă. Rezultatul este că mă văd intrând și ieșind din patul băieților deoarece nu pot trăi cu o barieră sau cu o fațadă. Nu pot crede că este banal să sari în și din pat cu băieți. *Pur și simplu nu pot avea un simț al degradării.* Nu este posibilă amăgirea sau ipocrizia. Pe de altă parte, spun minciuni și nu știu de ce.”

În acest moment a spus: „Apropo, sunt în siguranță cu afirmațiile pe care le fac, nu-i așa? – nu i le veți spune mamei?”

Iar eu am spus: „Da, presupun că sunt un obiect subiectiv; nu este mai periculos decât dacă ai discuta cu propria persoană.”

A acceptat acest lucru foarte ușor. Am continuat să iau notițe, lucru ce nu părea a o deranja deloc.

Veți vedea că Jane zugrăvea o afinitate cu fiecare anormalitate psihiatrică în parte. Știa ce este melancolia, schizofrenia, și s-a jucat cu toate sistemele de apărare schizoide, cum ar fi depersonalizarea, derealizarea, clivajul; accepta o împărțire între un *Self* adevărat și un *Self* fals și avea tulburări de gândire. Au existat probleme în spațiul intermediar al fenomenelor tranziționale, locul în care sar scânteii în momente de intimitate dintre persoane. Cunoștea mai mult decât superficial suspiciunea și tendințele spre paranoia. În aria psihonevrotică, se afla aproape de homosexualitate (așa cum se va prezenta mai târziu), iar acum continua să prezinte tendința sa antisocială legată de deprivare.

Am întrebat-o în legătură cu furatul, iar ea mi-a răspuns: „Ei bine, o singură dată, când aveam 7 ani, am trecut printr-o perioadă în care luam constant penny sau alte monede

mărunte, orice de această natură ce se afla prin casă. Întotdeauna m-am simțit extrem de vinovată în legătură cu acest fapt și nu am spus nimănui nimic despre el. Este într-adevăr foarte caraghios deoarece este atât de neimportant.”

În acest moment, am făcut o interpretare. Am discutat cu ea despre dificultatea referitoare la faptul că ea chiar nu știe de ce a furat acești penny; cu alte cuvinte, o făcuse compulsiv; a fost foarte interesată de acest aspect. A spus:

„Știu că un copil fură atunci când este privat de ceva, dar nu m-am gândit niciodată la asta până acum, la faptul că, bineînțeles, problema este că a trebuit să fur și nu am știut de ce, ca și cu mințitul.”

(Observați că a citit toată literatura și cunoaște toate lucrurile ce aparțin vârstei sale, din punct de vedere intelectual, însă).

„Vedeți că este extrem de ușor să amăgești oameni, iar eu sunt o actriță minunată: nu mă refer la faptul că pot juca pe scenă, dar odată ce mă prind într-o înșelătorie, o pot continua atât de bine, încât nimeni nu-și poate da seama. Problema este că adesea este obligatorie și lipsită de sens. De exemplu, cineva m-a întrebat de ce plec la Londra și nu ar fi fost neapărat cazul să spun o minciună, însă imediat m-am descoperit spunând că prietena mea avusese (și am dat denumirea unei boli rare exotice), că a trebuit să plec și să consult un medic pentru a vedea dacă totul este în regulă cu mine sub acest aspect. Bineînțeles că îmi dau seama că dacă aș fi spus că am fost să consult un psihiatru, acest aspect ar fi adus întreaga problemă în discuție și ar fi fost o chestiune publică. A fost o dorință nestăpânită de a spune o minciună și am făcut acest lucru rapid și cu ușurință.”

A existat o pauză în inventarierea acestui aspect.

„Ceea ce mă îngrijorează cu adevărat în legătură cu mine este faptul că nu am un suflet-pereche. Nu pot pretinde că există mai mult decât în cazul oricărei alte persoane, sau în altă situație. Îmi place sexul ca oricărei alte fete, dar în cazul meu este diferit faptul că trebuie să mă uit după un băiat care va accepta relația sexuală fără alte tensiuni aferente. Trebuie să se înțeleagă foarte bine faptul că se va termina în câteva zile. Bineînțeles, acest lucru elimină orice băiat care ar fi potrivit pentru căsnicie. Pare să nu existe nici o modalitate de a fi sigură de *un* băiat sau de a ști că vrei să *te măriți* cu unul.”

Acest lucru a condus la o conversație asupra subiectului dificultăților dintre părinți. A spus: „Tata însuși este o persoană deprivată.”

(A urmat în amănunțime acest fir al discuției, pe care însă nu îl redau, deoarece doresc să mențin acest caz ca fiind de nerecunoscut. Cred că puteți observa în permanență mărturii ale insight-ului persoanei ce ține de această etapă de dezvoltare.)

După aceea, am vorbit cu ea despre marea necesitate a unei figuri paterne sau chiar a unui frate mai mare. A spus că nu are nici măcar un văr pe care l-ar putea folosi. „Am un unchi, dar care nu este prea fericit cu soția *sa*.”

A reieșit că ea simte că nu are absolut nici o persoană mai în vârstă responsabilă, de sex masculin, către care s-ar putea îndrepta.

I-am spus: „Din acest motiv ești o persoană deprivată de tată,” după care am încheiat primul interviu printr-o afirmație cât mai clară posibil referitoare la acest aspect.

Jane a plecat într-o stare de relaxare, părând a fi prietenoasă cu mama ei, pe care a luat-o din camera de așteptare.

După ce au trecut două săptămâni, mi-a scris cerând să mă mai vadă.

Mulți dintre noi consideră, cred, că adolescentului îi convine dacă suntem dispuși să lucrăm „la comandă.”

A doua consultație

De data aceasta Jane a venit de una singură și am găsit-o citind în camera de așteptare. Arăta mai puțin îngrijit; de fapt, arăta mai degrabă neîngrijită. „Jocul” căzuse, iar în schimb Jane se afla în mod evident într-o stare depresivă. S-a simțit în largul ei de-a lungul întregului interviu, ce a durat o oră și un sfert. Pot reda doar o parte din acest interviu.

Am început prin a o întreba „Ce face mama ta?”

Chiar nu a trebuit să fac ceva special, dar în același timp nu exista nici un motiv pentru care să nu fac.

A spus: „Este foarte obosită; sunt principala ei îngrijorare. Sora mea este căsătorită acum, de aceea cred că mama simte că am rămas singurul lucru cu care să facă ceva. Tot timpul sunt îngrijorată în legătură cu mama. Vedeți, este singura persoană din familie față de care sunt apropiată. În același timp, mă irită orice face. Este aproape cea mai tolerantă și înțelegătoare mamă pe care te gândești că ai putea să o ai, și este foarte inteligentă. Dar trebuie să fac ceva pentru a o ține la distanță. Mai degrabă mă cert cu ea decât să permit apropierea dintre noi. Mama încearcă să fie de ajutor. Vine și se așează în camera mea; nu o deranjează dacă nu vorbește nimeni; dar, tot timpul, eu sunt într-o stare tensionată. Am încredere absolută în ea. Știu că nu face presiuni pentru nimic. Urăsc cu desăvârșire să-mi rănesc mama, dar fac asta tot timpul.”

Câte mame s-au aflat în această poziție, debusolate! Mai târziu, am revenit la această temă și am încercat să desfac rigiditatea acestei apărări.

Am întrebat-o despre propria sa viață și a răspuns: „Oh, da, la suprafață este în regulă. Am o mulțime de prieteni. Pot spune că viața este atât bună, cât și rea.”

Am spus: „Lucrezi?”, iar ea a răspuns: „Nu fac absolut nimic. Apartamentul nostru nu-i o casă. Nimeni nu locuiește nicăieri. Problema este că mama nu poate face o casă. Nu suntem o familie. Acest lucru o frământă pe mama tot timpul. Cred că se vede trăind în continuare singură tot timpul – pentru totdeauna. Problema este că mama are întotdeauna idei referitoare la faptul că ar putea să fie capabilă să-l scoată pe tata din starea sa și să-l aducă înapoi pentru o viață împreună cu familia sa, dar acest lucru este complet lipsit de speranțe și nu știu de ce nu poate înțelege asta.”

Urmă o altă pauză lungă.

„Nu vorbesc cu sora mea acum; după ce s-a căsătorit, s-a certat cu mine, iar asta a reprezentat finalul între noi. Sora mea spune că mă iubește, dar întotdeauna a fost geloasă pe mine și mă urăște.”

Însă era evident din modul în care a spus acest lucru că s-a păstrat ceva pozitiv în relația cu sora sa. În cursul unui interviu ulterior, a povestit cât de mult îi place cumnatul ei și ce apropiere e între ei.

Am spus: „De ce este geloasă pe tine sora ta?”

Jane a răspuns: „Ei bine, eu am fost întotdeauna o persoană facilă, iar ea a fost întotdeauna dificilă.”

(Acesta a fost un prim efort de a explica. În curând, acesta evoluează în tema principală.)

„Mama spune că trebuie să fii sigură și să te întreb de ce sunt tot timpul obosită.” (Cu alte cuvinte, să raporteze depresia.)

După o discuție despre doctorul ei, peste care trebuie să trec, cu toate că aceasta conținea amănunte semnificative, am făcut un comentariu sub forma unei întrebări: „Te aperi probabil împotriva unui element sexual din relația cu mama ta?”

Veți observa că am încercat să lucrez cu elementele rigide de apărare ale lui Jane existente în relația cu mama ei și cu sentimentele ei conflictuale față de soră. Această idee a unei apărări împotriva homosexualității avea sens pentru ea, iar ea a discutat despre acest aspect atât de ușor,

încât mi-am dat seama imediat că dificultatea principală nu se află aici, unde mă așteptam să o gădesc. A spus că și-a dat seama că „repulsia ei față de orice contact cu mama sa a reprezentat partea negativă a elementului sexual din relație.” Acest lucru a condus-o înapoi în timp, la vârsta de 7 ani, care a fost o perioadă dificilă în relația cu mama ei și, din acest motiv, o perioadă de apărare specială împotriva elementului sexual.

A spus: „Nu știu dacă mama v-a spus cum am fost când eram mică. Bineînțeles că sora mea țipa în permanență și era o persoană activă, dar eu am fost retrasă, liniștită și nu făceam gălăgie. Am petrecut mult timp supărată, ascunzându-mă prin dulapuri. Problema este întotdeauna aceasta, că dacă mama mă are doar pe mine s-ar putea să fiu prinsă cu ceva, astfel că deși eu și sora mea ne urâm reciproc, este o mare ușurare atunci când ea este în preajmă. Oricum ar fi, suntem două.”

Aici a sugerat nevoia enormă ce ar putea apărea ca urmare a nefericirii și singurătății mamei. Însă a existat un element aici pe care nu l-am înțeles, iar explicația a venit doar după dezvoltarea ulterioară a temei relației cu sora sa. Cu alte cuvinte, noi doream o nouă lumină asupra apărării împotriva intimității cu mama.

După discutarea cât de cât amănunțită a relației ei cu mama sa, Jane a spus: „Mama are o perspectivă asupra singurătății și nu vreau să fiu implicată în acest aspect. Mama se simte reală și percepe oamenii ca indivizi, și bineînțeles că, oriunde există sentimente, există întotdeauna și un element sexual.”

Jane a spus cum ura să fie apropiată față de orice persoană din familie. A trebuit să doarmă în cameră lângă mama ei și o putea auzi respirând, iar acest lucru era oribil pentru că se afla prea aproape. După care a continuat să repete cât a fost de norocoasă, deoarece mama ei era o persoană excepțional de inteligentă și înțelegătoare, subliniind de asemenea grija ei față de rănirea în permanență a mamei.

A spus: „Mama încearcă să ajute, dar nu o pot lăsa. Vin acasă la ora 4 dimineața și știe foarte bine că m-am culcat cu un bărbat, dar nu intervine sub nici o formă.”

Jane a făcut aici o legătură între faptul că s-a culcat cu un bărbat și că a ajuns acasă târziu pentru a o răni pe mama sa, și faptul că, tot atât de mult, dorea un bărbat. Aici, tendința generală a conversației era legată de capacitatea lui Jane de a-și dirija propriile aventuri.

A spus: „Chestiunea este că nu pot suporta presiunile sociale sau politice și urăsc competiția. Dacă ar fi doar după mine, m-aș putea descurca *pe baza a ceva ce există în mine însămi*.”

Descrisă propria organizare a Eului său și capacitatea ei de a crede în ceva din ea și, din acest motiv, de a crede în lume. Acest lucru este cel care mi-a dat încredere în relația mea cu ea, care mi-a permis și să mă aplec asupra propriului ei proces și să depășesc reticența sa. Unii oameni sunt prea bolnavi și se știe că nu poți face acest lucru cu ei.

Am continuat să discutăm propria părere a lui Jane referitoare la homosexualitate; de exemplu, o fată în vârstă de 14 ani a prins simpatie pentru ea, astfel că a încurajat-o în acest sens. Evident că fata avea o pasiune pentru Jane. Nu s-au întâlnit pentru o perioadă de timp, după care a reîntâlnit-o din întâmplare la o petrecere. Au discutat și s-a trezit vorbind într-un mod oribil, sugerând că fata nu contează. Jane a spus: „Am fost nemulțumită de mine în timp ce vorbeam așa. După care am simțit clar că fata are acum sentimente opuse față de mine și că am tradus ce s-a întâmplat în acești termeni. În mod evident, fata părea să treacă pe trotuarul opus pentru a evita întâlnirea cu mine. Cu toate acestea, am descoperit că aceasta era *un delir*, deoarece fata a continuat cu pasiunea ei.” A adăugat: „Fetele mai mici au întotdeauna pasiuni pentru mine, de asemenea și băieții mai mici.”

Aici a apărut cunoașterea lui Jane a ideilor paranoice de referință, și asocierea tuturor acestor elementelor cu homosexualitatea.

După care mi-a zugrăvit viața dintr-o școală de fete. A spus: „În mod automat, fetele se împart în băieți și fete, iar eu am devenit rapid un băiat în acest proces de grupare.” După care a descris relația dintre fete, cât de zadarnic merg lucrurile, lucruri pe care nici una dintre fete nu le-ar aproba, lucruri ce sunt spuse și făcute. Împreună am ajuns la concluzia că acest lucru era legat în primul rând de

ținerea separată a celor două fete. Am obținut aici o imagine a tehnicilor, mai degrabă în vederea amânării indefinite decât în vederea luptei într-o relație. Jane a continuat să descrie băieții din ziua de astăzi care erau înnebuniți de a ajunge în pat cu fete, dar nu pentru că doreau să facă sex sau pentru că le plăceau fetele. Pentru ei, aceasta era o tehnică de a trata o relație; atât băiatul, cât și fata dorind să rămână intacti și izolați. În acest mod, care era propriul mod al lui Jane, ne-am apropiat de tema principală, conflictul aflat la baza ambivalenței lui Jane față de sora sa și apărarea sa împotriva intimității cu mama ei.

Aici o importanță specială pentru ea a avut-o uniunea și apărarea împotriva uniunii. Nu am ajuns imediat la acest aspect. Cu alte cuvinte, actul sexual fizic ținea cele două personalități departe de uniune și de alt mecanism ce ar putea amenința caracterul intact al individului. Căuta și găsea genul de băiat care ajunge în pat; au o relație sexuală, după care se despart. S-au întâlnit și s-au despărțit, iar nici unul dintre ei nu l-a afectat pe celălalt, și de fiecare dată a fost prevenit un pericol. Fiecare dintre ei și-a păstrat propria sa individualitate. Deci, aici, apare din nou un subiect ce este mai ales important pentru Jane, dar care aparține fiecărui adolescent. După care a urmat un raport privind baza originii depresiei actuale a lui Jane, într-o încercare eșuată de a intra în legătură cu tatăl său. Trebuie să trec peste asta, însă în cursul relatării a spus: „Mama a încercat tot timpul să fie de ajutor, dar a fost imposibil pentru ea să facă orice, mai puțin să mă irite. I-am spus mamei: „*Să nu ai încredere în mine*”; dar pe bune, știți că sunt de încredere. Știu ce se întâmplă. Știu că nu voi deranja și știu de asemenea că există întotdeauna acest histrionism deasupra oricărui fapt, cum ar fi exagerarea pentru a sfida pe cineva sau pentru a concura cu sora mea.”

Astfel că pentru mine a urmat partea surprinzătoare a *insight*-ului legat de relația lui Jane cu sora sa, pe care o iubește și o urăște. Voi încheia cu prezentarea acestui amănunt, ce a clarificat unele dintre misterele existente în relația cu mama ei. (A fost dificil pentru mine să iau notițe așa cum se întâmplă întotdeauna în momentele-cheie ale unui interviu. Cred că majoritatea persoanelor din această încăpere cunosc acest lucru.)

Cred că am spus: „Deci s-a dovedit că stările de retragere și proasta dispoziție sunt polițele tale de asigurare.” A fost de acord asupra acestui aspect, dar în mod evident era mult mai complicat. Am discutat despre relația cu sora ei, și cum ceva dăinuia din anii de început ai acestei relații, și cum în prezent relația se află într-o fază negativă. Am vorbit despre relația fructuoasă pe care a avut-o cu sora ei în jocurile din copilărie, iar ea a acceptat această chestiune.

(Veți vedea că tot încercam să ajung la aspectul homosexualității în relație – o pistă falsă de cercetare, după cum s-a dovedit.)

Jane nu era refractară la a înțelege homosexualitatea, și a tratat în mod destul de liber ideea de homosexualitate în relația cu mama sa. Dar a spus că nu acest lucru era cel care s-a întâmplat între ea și sora ei. Relația cu sora ei în cadrul acestor jocuri consta în faptul că personalităților lor se uneau. Existau două aspecte ale aceleiași persoane, a spus. După care a continuat cu istoria evoluției relației. Pe de o parte, era sora ei, un copil activ ce țipa mult, ce a urât cu desăvârșire nașterea lui Jane când avea 14 luni. Bineînțeles că reacția celor două surori nu a fost identică.

(În acea perioadă de creștere, se aflau, bineînțeles, la vârste diferite, însă aici ne confruntăm cu un anumit lucru – 14 luni nu este o vârstă destul de mare pentru o reacție completă a unui copil la nașterea unui bebeluș. Este o mare diferență între 14 luni și 16 sau 17 luni, nu-i așa? Identificarea cu mama și alte mecanisme nu sunt complet dezvoltate.)

„Sora mea mă ura și de asemenea m-a preluat sub forma unui aspect al ei. În replică la acest lucru, mi-am permis să fiu preluată sub forma unui aspect al ei, în mod alternativ dezvoltând o tehnică pentru retragere. Din acest motiv, jocurile se desfășurau între două aspecte ale aceleiași persoane, iar aceste două aspecte erau formate din jumătăți din fiecare dintre noi. Jumătatea surorii mele era cea dominantă.”

În ciuda patologiei a tuturor acestor lucruri, bogăția extremă a jocului reciproc nu ar putea fi pierdută niciodată, cu toate că, pentru moment, aceasta este risipită, deoarece cele două surori sunt

separate; fiecare dintre ele încearcă să stabilească o entitate completă proprie. Probabil că într-o zi va exista o re-uniune, într-un fel sau altul, ce va fi acceptabilă.

Modul în care pacientul mi-a prezentat problema a fost destul de clar, însă nu v-am prezentat-o eu vouă clar. Era ea însăși, iar jumătate din ea însăși era implicată în sora ei. Aceasta a fost calea aleasă de sora sa ca urmare a incapacității acesteia de a avea o reacție matură față de această idee a venirii pe lume a unui nou bebeluș. Deci ea însăși și sora ei erau ca o persoană completă; însă Jane a fost lăsată doar cu o jumătate, care este cea mai importantă parte din ea și care a trebuie să-și petreacă cea mai mare parte din viață în dulapuri sau retrasă. Motivul pentru care a venit la mine a fost faptul că era retrasă. Iar sora ei deținea cealaltă jumătate a ei, care respingea ideea unei surori, era foarte extravertită în temperament și ducea o viață ce trebuia să fie separată de cea a surorii sale și trebuia să nege importanța lui Jane. Surorile au trebuit să se separe una de cealaltă pentru a se întemeia ele însele ca entități proprii.

Urmând acest *insight*, Jane a fost capabilă să descrie un alt amănunt foarte important al preocupării sale. A enumerat toate cazurile de schizofrenie ce au existat în ambele ramuri ale familiei. A spus că ceea ce o deranjează la boala ei este că există două aspecte ale propriei ființe: una era afară privind-o pe cealaltă, care era retrasă și privită. Acesta părea să fie lucrul important pe care Jane mi l-a spus, deși când a venit nu cunoștea deloc lucrul pe care voia să mi-l spună.

În acest moment, am făcut o altă interpretare, pornind de la ceea ce mi s-a spus. Am putut reexamina relația cu sora ei, așa cum a descris-o. În afara uniunii, au existat atât jumătatea retrasă a lui Jane, cât și jumătatea extravertită a surorii.

Am spus că pot înțelege că problema dintre ea și mama sa nu consta doar în această apărare împotriva homosexualității și împotriva implicării în problemele esențiale și în singurătatea mamei sale. Am putut observa că mai exista un pericol mai mare simțit de Jane, acela fiind că dacă ar fi folosit-o pe mama sa atunci ar fi fost din partea lui Jane o repetare a relației fuzionale de genul celei care era atât de periculoasă și care avea atât de multe elemente pozitive în relația cu sora. Cu alte cuvinte, se temea ca mama să nu ia locul surorii sale în cadrul acestei fuziuni, deoarece acest lucru

ar putea declanșa din nou starea anormală de lucruri care, din punct de vedere istoric, era într-adevăr bazată pe ura surorii și pe adaptarea lui Jane la ura surorii ei. Speranța lui Jane consta într-o evoluție menită să o scoată din starea de retragere, dar acest lucru însemna că va trebui să tolereze ideea că atât partea observatoare, cât și cea observată din cadrul sciziunii sale se vor uni formând propria sa entitate.

Înainte de a stabili o legătură cu mama sa, ea trebuie să obțină o entitate sau o identitate.

Toate acestea au avut o logică pentru Jane, deoarece era vorba despre ceva complex și adevărat: orice simplificare nu ar mai fi putut avea deloc logică: după care am continuat cu o discuție în genul celor de afaceri despre modul de a se relaționa cu mama.

Astfel, a trecut un an de la aceste prime două din cinci interviuri „la cerere”, și pot raporta progrese, ce nu sunt nici forțate spre evoluție, nici spre regres. Sunt în continuare folosit sub forma unui frate-mamă.

Concluzie

Sper că ați înțeles din această descriere de caz ceva din ceea ce înțeleg eu în cadrul experienței mele. M-am simțit foarte apropiat de sensibilitatea acestei fete adolescente și de contactul ei viu cu mecanismul său primar și cu stările apropiate de boală. Practic, nu există nici o tulburare psihiatrică care să nu fi fost atinsă, și totuși cred că această fată este sănătoasă. Mă îndoiesc că va mai fi atât de interesantă sau atât de dureros de aproape de crudul adevăr când va avea vârsta de 25 de ani. La vârsta de 17 ani, este o tânără remarcabilă și ciudată.

Întâmplător, procesul consultației psihoterapeutice ne-a purtat pe Jane și pe mine către acest insight neașteptat în etiologia clivajului său dureros din relația ei cu sora sa, iar acest lucru a oferit o explicație a spaimei fetei de implicare într-o relație cu mama ei iubită și singură. Momentul reacției fetei la situația terapeutică ne-a purtat spre un factor semnificativ din punct de vedere etiologic;

acesta este lucrul pe care doresc să-l subliniez în mod special în cadrul prezentării acestui detaliu clinic - imaginea unei fete.

43

Un caz de psihiatrie infantilă ce ilustrează reacția amânată la o pierdere

*Articol scris pentru o colecție de eseuri în memoria Mariei Bonaparte, 1965*⁹⁴

La aniversarea celor 11 ani de viață, Patrick a suferit pierderea tatălui său, care a murit prin înecare. Modul în care el și mama lui au avut nevoie de și au folosit ajutorul profesional ilustrează rolul psihanalistului în cadrul psihiatriei infantile.

În decursul unui an, Patrick a fost la zece interviuri, iar mama sa la patru, iar în timpul celor patru ani ce au trecut de la tragedie, am păstrat legătura prin conversații telefonice cu mama, cu starea clinică a băiatului, precum și cu modul de organizare al mamei față de copil și față de ea însăși. Mama a început terapia cu o înțelegere foarte redusă a psihologiei și cu o ostilitate considerabilă față de psihiatri, însă treptat a dezvoltat calitățile și *insight*-ul necesare. Rolul pe care trebuia să-l joace era, practic, îngrijirea mintală a lui Patrick pe parcursul acestei prăbușiri psihice. A fost încurajată foarte mult de faptul că era capabilă să-și asume această sarcină dificilă și de succesul în acest sens.

Familia

Tatăl avea un cabinet. Obținuse un succes considerabil și avea perspective foarte bune. Împreună aveau un cerc larg de prieteni.

⁹⁴ Drives, Affects, *Behavior: Essays in Memory of Marie Bonaparte*, vol. 2, ed. Max Schur (New York: International Universities Press, 1965)

Din căsnicie au rezultat doi copii, un băiat aflat la universitate și Patrick, care era elev intern la o foarte cunoscută școală privată pregătitoare. Familia deținea o casă în Londra și o cabană de vacanță pe o insulă pe coastă. La o zi după aniversarea a 11 ani de viață împliniți de Patrick, tatăl s-a înecat în marea aflată în apropierea cabanei de vacanță, pe când naviga cu Patrick.

Evoluția contactului psihiatrului cu cazul

Evoluția cazului este prezentată în amănunțime și cât mai exact posibil, deoarece acest caz ilustrează anumite caracteristici ale lucrului în cadrul psihiatriei infantile pe care le consider ca având o importanță vitală.

Ori de câte ori este posibil, ajung la istoria cazului prin mijloace oferite de interviurile psihoterapeutice *cu copilul*. Istoria obținută în acest mod conține elemente vitale și nu contează dacă anumite aspecte ale ei se dovedesc a fi incorecte. Istoria obținută în acest mod evoluează de la sine, în conformitate cu abilitatea copilului de a tolera faptele. Există un nivel minim al interogării de dragul ordinii sau de dragul umplerii spațiilor libere. Întâmplător, diagnosticul se descoperă de la sine în același timp. Prin această metodă, se poate evalua gradul de integrare a personalității copilului, capacitatea copilului de a reține conflicte și tensiuni, apărările copilului atât în ceea ce privește intensitatea, cât și tipul lor, putându-se face o evaluare a familiei și a faptului dacă mediul este sau nu de încredere; și, în anumite cazuri, se pot descoperi sau determina exact agenții dăunători continui ai mediului.

Principiile enunțate aici sunt aceleași cu principiile ce caracterizează un tratament psihanalitic. Diferența dintre psihanaliză și psihiatria infantilă constă în principal în faptul că prima dintre ele încercă să aibă ocazia de a face cât mai mult posibil (iar psihanalistului îi place să aibă cinci sau mai multe ședințe pe săptămână), pe când cea din urmă întreabă: Cât de puțin putem face? Ce se pierde prin efectuarea a cât mai puțin posibil este echilibrat de un câștig uriaș, de vreme ce în psihiatria infantilă se poate avea acces la un număr vast de cazuri pentru care (așa cum se întâmplă în acest caz) psihanaliza nu este o propunere practică. Spre surprinderea mea, constat că un

psihanalist are multe de învățat de la un caz de psihiatrie infantilă, cu toate că responsabilitatea este orientată în principal în altă direcție.

Prima întrevvedere

O femeie (care s-a dovedit a fi mama lui Patrick) a telefonat din senin pentru a spune că s-a decis, cu părere de rău, să-și asume riscul de a consulta pe cineva în legătură cu fiul său, care se afla la o școală privată pregătitoare, și că i-a spus o prietenă că probabil că eu nu aș fi atât de periculos ca majoritatea celor din breasla mea. Cu siguranță, nu aș fi putut prevedea în această etapă inițială faptul că se va dovedi capabilă de a-l considera pe băiatul său ca suferind de o boală gravă.

Mi s-a spus că tatăl s-a înecat în timpul navigării, că Patrick era vinovat într-o anumită măsură de tragedie și că ea, mama, împreună cu fiul său mai mare, sunt încă foarte tulburați și că efectul asupra lui Patrick este complex. Dovada clinică a tulburării lui Patrick a fost amânată, iar acum ar fi poate de dorit ca cineva să investigheze acest fapt. Patrick a fost întotdeauna devotat mamei sale, iar după accident a devenit (ceea ce ea numea) emotiv.

În această prezentare succintă a lungii convorbiri telefonice, nu am încercat să reproduc avalanșa de cuvinte sau scepticismul ei legat de serviciile oferite de psihiatrie.

Primul interviu cu Patrick (două luni de la această convorbire telefonică)

Patrick a fost adus de mama sa. Am constatat că este zvelt, cu un cap mare. În mod evident era inteligent, vioi și simpatic. I-am oferit întregul timp al interviului (două ore). Nu a existat nici un moment în cadrul interviului în care relația dintre mine și el să fi fost dificilă. Mi-a fost imposibil să iau notițe, în timpul celei mai tensionate părți a consultației. Următorul raport a fost scris după interviu.

Patrick a spus că nu îi mergea prea bine la școală, dar că „îi plăcea efortul intelectual”. Stăteam la o masă joasă, rotundă, pe care se aflau hârtie și creioane, și am început cu jocul *squiggle*

(în cadrul acestui joc, eu fac un desen pentru ca el să-l transforme în ceva, după care el face unul pentru mine, pentru ca eu să-l transform în ceva.)

1. A transformat desenul meu într-un elefant.

2. A transformat propriul desen într-un „Henri Moore abstract”. În acest moment, a demonstrat că era la curent cu arta modernă, iar ulterior a devenit clar că acest fapt este ceva ce ține de relația lui cu mama sa. Ea deține un rol activ în a-l informa permanent în legătură cu arta universală, ce a fost importantă pentru el de la vârsta de cinci ani. Demonstrează de asemenea și simț al umorului prevestitor. Demonstrează toleranța lui față de nebunie, mutilare și macabru. Trebuie spus că demonstrează, de asemenea, că are talent ca artist, dar acest aspect apare mai clar într-un desen ulterior. Alegerea sa de a transforma acest desen în ceva abstract era legată de pericolul, foarte real în cazul său, ca din cauza capacității sale foarte bune intelectuale să evadeze din tensiunile emotive în intelectualizare forțată; și din cauza temerilor paranoice, ce ulterior au devenit evidente, ar putea exista o bază pentru un sistem organizat de gândire.

3. Am transformat desenul său în două figuri, pe care le-a denumit „mamă ținând un copil.”

Nu am știut atunci că deja apăruse un indiciu privitor la nevoia sa principală terapeutică.

De scanat desen pag 344

4. A transformat desenul meu într-o producție artistică. A fost făcută rapid, iar el știa exact ce face. A spus că este un copac la F. Nu știam pe atunci că F era locul tragediei, dar în acest desen era deja integrat impulsul său de a se confrunța cu problema morții tatălui său.

5. Acesta este desenul lui, realizat la cererea mea, reprezentând insula de vacanță, arătând unde se află F.

6. A transformat propriul desen într-unul reprezentând „mama ce își ceartă copilul”, iar aici se poate observa ceva din dorința lui de a fi pedepsit de către mamă.

7. A transformat desenul meu în Droopy.

8. Am transformat desenul lui într-un fel de figură comică a unei fete.

9. Acesta a fost important. A transformat desenul meu într-o sculptură reprezentând un șarpe cu clopoței. „Ar fi putut fi realizat de către un artist modern”, a spus. În acest caz, a apucat *squiggle*-ul cu toată nebunia și lipsa sa de stăpânire și l-a transformat într-o lucrare de artă, în acest fel preluând controlul asupra impulsului ce amenința să iasă de sub control.

De scanat desenele de la pag 345+346

10. În următorul desen, am transformat desenul lui inițial într-un fel de mână ciudată, iar el a spus că ar putea fi realizat de Picasso. Acest lucru a condus la discuția despre Picasso, în care a prezentat lucrurile pe care le cunoștea despre Picasso într-un mod ce suna un pic precoce. Am fost de acord că expoziția Picasso deschisă la Tate Gallery a fost foarte interesantă. A fost de două ori să o vadă. A spus că cel mai mult îi plac lucrările lui Picasso realizate în perioada „roz” sau „albastră” și părea că știe ce înseamnă acest lucru, dar eram conștient că vorbea un limbaj ce aparținea discuțiilor sale cu mama lui asupra acestor chestiuni.

11. Acesta a fost mai degrabă un desen surprinzător. A transformat desenul meu într-unul reprezentând o persoană ce alunecase pe niște mâncare de câine. Există multă viață în desen, dar nu am fost capabil să-mi dau seama de ce a apărut această idee. Aș crede că își bătea joc de mine sau poate de toți bărbații.

De scanat desen pag 348

După care a început să vorbească, desenul devenind mai puțin important. În ceea ce am discutat au existat următoarele elemente:

În primul trimestru la școală avusese un vis. Avusese o boală epidemică cu două nopți înaintea jumătății trimestrului, despre care spunea că este „o perioadă emoționantă pentru un nou

microb”. În vis, intendentă i-a spus să se scoale și să se ducă acolo unde sunt hrăniți vagabonzii. Intendentă strigă: „Este cineva aici?”. Erau cincisprezece, *dar unul lipsea*; nimeni nu știa că unul lipsea. Într-un fel, era ciudat, pentru că nu era nici o persoană în plus. După care a apărut o biserică fără altar și o umbră unde era altarul.

Restul era legat de un copil mic ce sărea în sus și în jos, pe care l-a desenat (nr. 12). Bebelușul țipa, sărind în sus și în jos pe saltea. A spus că bebelușul avea aproximativ 18 luni. L-am întrebat dacă a cunoscut bebeluși, iar el a răspuns: „Cam trei.” Însă, părea că în vis se referea la propria pruncie. Acest vis a rămas neclar, dar înțelesul său a fost elucidat în cel de-al patrulea interviu, patru săptămâni mai târziu. S-a gândit la faptul că exista o legătură cu tatăl decedat, care era singura persoană lipsă.

De scanat desen pag 349

În această etapă nu știam că nu i s-a spus imediat de moartea tatălui său.

13. Aici este desenul unei biserici ce are o umbră în locul altarului.

Am întrebat: „Cum ar fi un vis frumos?” A spus imediat: „Fericire, de care să-i pese. Știu ca vreau asta.”

De scanat desen pag 350

Atunci când l-am întrebat a spus că știe cum este depresia, mai ales după decesul tatălui. L-a iubit pe tatăl său, dar nu l-a văzut prea mult. „Tatăl meu era foarte bun. Dar adevărul este că mama și tata se aflau în mod constant în tensiune.” Am continuat să discutăm despre ceea ce observase: „Eram legătura ce îi unea; am încercat să fiu de ajutor. Pentru tata era scandalos să aranjeze ceva dinainte. Acesta era unul dintre defectele lui. Din acest motiv mama se plângea. Chiar se potriveau, dar în cazuri mărunte ar fi început să se calce pe bătăături, tensiunea ar fi apărut neîncetat, iar singura soluție pentru mine era să-i aduc aproape. Tata muncea foarte mult. S-ar putea să nu fi fost foarte

fericit. Era o tensiune mare pentru el să vină acasă obosit iar pentru soția sa să nu se ridice la așteptările sale.” În toate acestea a demonstrat un grad neobișnuit de înțelegere⁹⁵.

Desen pag 351

Restul acestui lung și uimitor interviu a constatat în examinarea episodului în care tatăl său a murit. A spus că tatăl său „s-ar fi sinucis”⁹⁶, sau poate că a fost greșeala sa (a lui Patrick). „După o lungă perioadă petrecută în apă, fiecare se lupta pentru sine.” Patrick avea un colac de salvare, pe când tatăl său nu avea. Amândoi au fost la un pas de a se îneca, dar la ceva timp după ce tatăl său se scufundase, aproape de lăsarea întinericului, Patrick a fost salvat întâmplător. Pentru o vreme nu și-a dat seama că tatăl său era mort, iar la început i s-a spus că acesta se află în spital. După care Patrick a spus că dacă ar fi trăit tatăl său, crede că mama sa s-ar fi sinucis. „Tensiunea dintre ei doi era atât de mare, încât nu era posibil să crezi într-o continuare fără ca unul dintre ei să nu moară.” Din acest motiv, aici s-a simțit un sentiment de ușurare, iar el a lăsat să se înțeleagă că se simțea foarte vinovat de acest lucru. (Se va înțelege faptul că acest aspect nu trebuie luat ca o imagine obiectivă și finală a relației parentale. Era adevărat, însă, pentru Patrick.)

La final, a abordat temerile foarte mari pe care le avea din fragedă copilărie. A descris marea sa spaimă asociată cu elemente halucinante atât vizuale, cât și auditive, și a insistat asupra faptului că această boală, dacă e într-adevăr bolnav, a debutat înainte de tragedie.

14. Acesta este un desen al casei lui Patrick, având numeroase locuri marcate în care apar figuri masculine persecutorii. Zona periculoasă principală se afla în baie, iar acolo se afla un singur loc pentru el unde ar fi putut urina dacă ar fi evitat halucinațiile persecutorii.

Desen pag 352

⁹⁵ Această calitate a lui Patrick m-a făcut să-mi doresc să prezint acest caz în cartea Mariei Bonaparte, deoarece avem probe clare a înțelegerii profunde ce a aparținut Mariei Bonaparte aflată la stadiul de latență; vezi *Five Copy Books*

Exista o calitate a acestui sistem fobic, ce părea să aparțină mai firesc unei vârste emoționale de 4 ani decât uneia de 11, cu fobii strâns legate de halucinații. Întreaga chestiune a fost discutată în termeni de vis, suprapus peste stările de trezire, iar împreună cu aceasta am discutat despre ideea tragediei sub forma unei halucinații totuși reale. Patrick a descris panica drept un coșmar în urma căruia se trezește. Halucinațiile pe care le are reprezintă fantome ale unui bărbat răzbunător ce tot revine, însă acestea au apărut înainte de tragedie.

Se va observa faptul că un desen ce a apărut în urma unui puternic impuls din inconștient (nr. 12) nu avea nici un sens pentru el. Nu am făcut nimic în această privință, deși mi se părea că exprimă o calitate de apărare maniacală. Acesta s-a dovedit a fi cel mai semnificativ dintre desene, dar a trebuit să aștept până la al patrulea interviu (cam după o lună) pentru a obține o înțelegere exactă a acestui desen.

În acest interviu, accentul era pus pe incidentul referitor la înecare, era rememorat și descris într-un mod mai degrabă detașat. După două ore, amândoi ne săturaserăm. Probabil că amândoi știam că mai existau multe lucruri de făcut, dar nu ne-am spus acest lucru. Efectul asupra lui Patrick a constat în faptul că a căpătat încredere în mine, iar efectul asupra mea a fost că în acel moment știam multe despre el din interiorul său.

Din acest interviu, am obținut un crâmpei de cunoștințe referitoare la personalitatea și caracterul pacientului. În plus, am învățat:

1. Patrick începea să se simtă vinovat pentru moartea tatălui său.
2. Încă nu se simțea trist.
3. Se simțea amenințat de apariția sentimentelor ce au fost amânate atât de mult timp.
4. Se temea de boală și exista o premisă pentru acest lucru în boala ascunsă datând din primii ani de viață cu o pentru delir și halucinații.

(Londra: Imago, 1950). – D.W.W.

⁹⁶ Există dovezi clare că nici unul dintre părinți nu era de fapt sinucigaș. –D.W.W.

5. Exista o indicație a unui factor necunoscut important, reprezentat de desenul neexplicat al bebelușului, care sărea în sus și în jos.

6. La școală avusese o boală nedefinită pentru care a căutat atenția îngrijitoarei. Mai târziu, am aflat că a provocat aceste simptome în mod intenționat, necunoscând alt mod de a obține atenția specială și personală de care avea nevoie. Acest lucru se întâmplase într-o toamnă, pe când se presupunea că este destul de fericit, într-o stare de bine și „neafectat de moartea tatălui său.”

Desen pag 354

7. Exista o indicație clară asupra faptului că Patrick credea în existența persoanelor de încredere, și am observat că această credință a lui poate fi folosită, dacă este necesar, în scopuri terapeutice: în dărâmarea sistemelor sale de apărare și pentru o retrăire regresivă a experiențelor lui. Într-un astfel de caz, ar necesita un grad înalt de dependență față de cineva. De fapt, mă puteam folosi de mamă, care, în ciuda impresiei de nevrotică, s-a dovedit a fi capabilă de a juca rolul de îngrijitoare mintală a lui Patrick. Visul bun: „Fericire, de care să-i pese; Știu că asta vreau” a fost indicația pe care am folosit-o ulterior sub formă de organizare a cazului. În această etapă, nu aveam nimic ce să-mi spun legat de faptul că mama ar putea sau nu ar putea veni în întâmpinarea nevoilor lui (de a fi îngrijit); de fapt, se părea că ar putea fi mai degrabă personajul negativ, decât cel pozitiv.

Patrick s-a întors la internat.

Următorul eveniment a fost o chemare de urgență din partea mamei și a lui Patrick: L-aș putea vedea imediat? Patrick fugise de la școală și se urcase în trenul ce-l ducea spre casă, încărcat cu cărți de latină. A spus că trebuie să ajungă acasă ca să lucreze la latină, de vreme ce nu putea lucra la școală și dezamăgise școala. A făcut un efort extraordinar de a învăța latină în timpul călătoriei cu trenul, iar acasă s-a refugiat în pat pentru a continua munca intelectuală. Se va observa faptul că a fost complet neputincios de a cere ajutor ca urmare a amenințării prăbușirii psihice.

Al doilea interviu cu Patrick (la două săptămâni după primul)

Comparativ cu primul interviu, acesta a fost unul lipsit de evenimente. Patrick a spus că se gândise să fugă în timpul trimestrului de toamnă. Problema este că un băiat a făcut o greșală elementară, iar profesorul a spus despre acest băiat că ar trebui bătut cu bățul și că nu este pregătit pentru a fi la școală. Patrick a reacționat puternic la acest incident minor. Și-a provocat singur o stare de rău și s-a dus la cabinetul medical. În general, acuza o dispoziție paranoică, cu hipersensibilitate față de orice idee de pedeapsă sau dezaprobare. Directorul său de internat, de altfel o figură benignă în viața sa, a devenit o amenințare.

Din punct de vedere clinic, Patrick devenise o persoană psihiatric bolnavă, lipsită de *insight* și cu angoase de tip paranoic.

După un sfert de oră și-a dat seama că nu teama de eșecul la latină l-a adus în starea aceasta și a recunoscut deschis că primul interviu și ceea ce a obținut de la el era ceea ce l-a readus înapoi, *cu toate că nu știa acest lucru până când nu a venit să mă vadă*. A descris cum cuvântul de dezaprobare din partea profesorului de la școală a fost legat de voci halucinate. Nu se temea că ar fi fost pedepsit, deoarece faptul de a fi pedepsit era menținut în mintea sa separat de vocile halucinante.

L-am sfătuit să stea acasă pe durata week-end-ului și am aranjat acest lucru cu școala. Personalul de la școală mi-a spus că ei consideră că mama lui Patrick *este prea tulburată pentru a fi o persoană potrivită pentru el*, însă eu am insistat ca el să stea acasă.

Al treilea interviu cu Patrick (patru zile mai târziu)

Într-o zi de duminică, Patrick trebuia să se reîntoarcă la școală. S-a încuiat în baie; nu ar fi ieșit și nu m-ar fi văzut. A fost scos afară și adus să mă vadă de urgență. A trebuit să-l ademenesc cu mașina sport a fratelui său.

Cel de-al treilea interviu a fost foarte intens și nu am putut să iau notițe. A fost o comunicare cu un strat mai profund, în care Patrick mi-a spus multe lucruri despre el și familia sa, iar la final am

spus: „Nu te întorci la școală, însă vei pleca la cabana de pe insulă. Ești bolnav. Atâta timp cât ești bolnav, poți sta cu mama ta, iar eu îi voi spune mamei tale ce să facă. Și voi discuta la școală pentru tine.” Lucrul important era faptul că i-am spus că este bolnav.

A făcut un ultim efort de a protesta, amintind toate lucrurile pe care aștepta să le facă în trimestrul de vară, mai ales să picteze, iar apoi, cu un suspin de ușurare, a acceptat ceea ce i-am spus.

Cometariu: Acum era în mod oficial bolnav. Acesta a fost momentul crucial în managementul cazului. Se poate spune că începând cu acest moment a început procesul lent de recuperare. Dar primul salt înainte, din punct de vedere clinic, a apărut după următorul interviu, în cadrul căruia a fost clarificat factorul necunoscut din primul interviu.

Școala a fost de ajutor, cu toate că era sceptică. Directorul de școală a venit la Londra și l-a vizitat pe Patrick, și s-a stabilit că Patrick poate reveni la școală când se va face bine, fără ca procesul de recuperare să fie urgentat.

Al patrulea interviu cu Patrick (trei zile mai târziu)

Patrick a sosit singur. A spus că venise dintr-un anumit motiv și anume faptul că înțelegea acum desenul cu bebelușul ce sărea în sus și în jos (nr. 12).

Încercând să ajungă la sensul acestui desen neașteptat, discutasă cu mama sa, care i-a povestit modul său de comportare la vârsta de un an și jumătate, când a trebuit să plece pentru o perioadă de „șase săptămâni” pentru o operație. Cât timp mama sa a fost plecată, a stat cu prieteni ce erau considerați ca adecvați pentru acest lucru, dar care l-au entuziasmat din ce în ce mai mult. Tatăl său îl vizita zilnic. În această perioadă, Patrick devenise supra-entuziasmat, părând a fi fericit, râzând tot timpul și sărind în sus și în jos. A spus: „A fost ca în desen, iar când mama mi-a povestit mi-am amintit barele pătuțului de copil.” Mama sa s-a întors de la spital (continuă să-mi povestească), a văzut-o în mașină, iar deodată a încetat toată zvăpăiala, s-a așezat pe genunchii ei și a adormit. Se spune că ar fi dormit douăzeci și patru de ore și că mama a stat cu el în tot acest timp.

(Aceasta a fost prima experiență a mamei în ceea ce privește îngrijirea mentală a lui Patrick - și era pe punctul de a avea o a doua experiență.)

Patrick îmi descria un incident real, sentimentul pe care și l-a amintit. Era o perioadă de pericole la vârsta de un an și jumătate, a unui sistem de apărare maniacală *in crescendo*, care, la întoarcerea mamei, s-a transformat rapid în depresie. În mod evident, a existat un pericol real de întrerupere a firului continuității ființei sale. Mama se întorsese la timp și știa că trebuie să-l țină pe genunchi până când se va trezi.

Patrick mi-a povestit toate acestea cu sentimente profunde și a continuat să spună: „Vedeți, de atunci nu am mai putut fi foarte sigur de mama, iar astace m-a făcut să stau lipit de ea; iar acest lucru a însemnat că am ținut-o departe de tata; și nu prea am beneficiat de tată pentru mine însumi.”

În toate acestea, Patrick descria boala *antedatată* tragediei în care tatăl său a murit. În această etapă, Patrick a simțit că a manevrat întreaga întâmplare, care bineînțeles că s-ar fi putut încheia în mod fericit, însă care s-a sfârșit printr-un dezastru. A spus că se aștepta ca mama sa să fie mulțumită atunci când tatăl său a murit, iar durerea neașteptată a mamei pur și simplu l-a făcut confuz. Nu a fost capabil să reacționeze la episodul înecării (cu excepția tulburărilor psihosomatice de la școală) până la primul interviu cu mine, adică la opt luni de la tragedie.

Patrick a plecat de la acest interviu foarte ușurat, iar mama sa a raportat o îmbunătățire clinică vizibilă, ce continua și conducea treptat la recuperarea sa.

Acum, Patrick a devenit capabil de a o critica pe mama sa fără a-și pierde dragostea pentru ea. Cuvintele sale au fost: „Două zile cu ea, bine! Două zile în plus, oribil!”

Întâmplător, descriind o expoziție de artă la care a mers cu un prieten, a spus: ”Desene și picturi, de-asta sunt viu.” Acum îmi putea spune: „Depresia înseamnă că lumea a ajuns la un capăt.”

Regresia ca o caracteristică a stării clinice

Acum începuse o perioadă nedefinită de regresie. Se transformase într-un băiat de 4 ani, mergând peste tot cu mama sa, ținând-o de mână. Nimeni nu știa cât va ține acest lucru. Patrick petrecea

majoritatea timpului în cabana de vacanță. Acolo o pisică maidaneză avusese patru pisoi. Patrick părea a se identifica complet cu această pisică-mamă. În final, a adus pisoii la Londra pentru ca eu să-i văd, în cabinetul meu a deschis fermoarul genții sale din care au sărit patru pisoi ce s-au împrăștiat peste tot în încăpere.

Mama mi-a telefonat (trei săptămâni mai târziu) pentru a-mi spune că i se înmânase o scrisoare, scrisă de Patrick cu un scris foarte copilăresc, în care se spunea:

1. Mă iubești?
2. Mulțumesc foarte mult.
3. Îl pot vedea curând pe domnul doctor D.W.W.?

Astfel că a fost stabilită o nouă vizită pentru a doua zi.

Al cincilea interviu cu Patrick

Patrick avusese un vis și fusese înspăimântat întreaga zi. Acest vis a fost visat pentru interviu și este interesant faptul că știa că e posibil de a avea acest vis, astfel că a cerut stabilirea unui interviu cu câteva zile înainte de a-l visa. A fost un vis lung (nr. 15), parte din el putând să-l notez.

Visul

Se făcea că era o biserică, iar biserica avea un altar (conform visului anterior al bisericii fără altar). Erau trei cutii și se înțelegea că în ele se aflau cadavre. Se credea că acela aflat în planul îndepărtat, în partea stângă, era cel mai probabil să se transforme într-o fantomă, dar de fapt cel ce se afla în plan apropiat a devenit o fantomă. A dat câteva semne de viață și s-a ridicat. Avea o față de ceară și arăta de parcă s-ar fi înecat. În mod destul de ciudat, această fantomă era o femeie. Era o fată, iar pentru descrierea fetei a folosit cuvântul „imaculat” (Este destul de obișnuit pentru el să folosească un astfel de cuvânt.) A spus că asta era ceva amenințător.

O parte din analiza acestui vis a fost realizată pe parcursul analizei altor vise. În final s-a dovedit că el simte că această fantomă este fantoma tatălui său, dar aferentă aspectului feminin al

acestuia. A spus acum că certurile dintre tatăl și mama sa erau între *Self*-ul masculin al mamei și *Self*-ul feminin al tatălui. De fapt, după cum a spus, nu a pierdut în întregime un tată, deoarece un tată este încă prezent în ființa mamei.

Visul a continuat într-o manieră mai degrabă târăgănată. Descriind în mod grosier, acesta cuprindea o femeie și o școală de pe insulă. Ajunseseră acolo cu un coleg de școală. Era ceva legat de tradiția ceremoniei din capelă. Din acest motiv, cutiile se aflau în fața altarului. Cei mai în vârstă știau ce se află în cutii. Lui Patrick i s-a spus să se îndrepte spre altar și imediat și-a dat seama că în cutii se află oameni morți. După aceasta au mai existat două episoade, fiecare dintre ele implicând apă. Au plecat să urmărească un meci de cricket. Era ceva neclar legat de acesta. A văzut că școala era pe punctul de a se prăbuși ca urmare a eroziunii apei, astfel că 300 de băieți s-au înecat. Apoi mama sa, iar femeia era cu doi băieți. Apa creștea din ce în ce mai mult și se lovea de casele ce începeau să dărâme. Apa acoperise mașina sport a fratelui său. Prietenul de școală părea să se fi pierdut în cursul acestui eveniment, dar el și mama sa s-au refugiat în mașina sport, care acum reapăruse.

Desen pag 359

Din asociațiile oferite în mod spontan, era clar că teama de apă se unise cu dărâmarea noțiunii de morală în timpul episodului înecării. Pe parcursul povestirii acestui vis, Patrick *a ajuns foarte aproape de agonia situației înecării*, cu toate că în prima ședință când mi-a povestit despre episodul înecării nu fusese capabil să ajungă la afectul profund.

M-a întrebat despre alte două lucruri. Primul era legat de bunica sa, care avusese un atac cerebral. A spus: „Vă rog să-mi spuneți cum aș putea fie să o schimb pentru a nu fi atât de dificilă cu mama, fie să fac posibilă pentru mine suportarea ei când devine de-a dreptul imposibilă?” I-am spus că nu am nici o modalitate de a schimba vreunul dintre cele două lucruri. Nu rămânea nimic de făcut decât să supraviețuiască caracterului teribil al relației, mai ales a celei existente între mama și

bunica sa, relație ce avea o istorie ce se derula înapoi până în primele zile ale mamei și care, după cum a spus Patrick, au contat foarte mult pentru dificultățile personale ale mamei.

Cealaltă întrebare era legată de experiențele lui Patrick din timpul ultimei săptămâni de vacanță. Un băiat cu care a fost într-un camping, l-a trântit provocator; iar Patrick a spus: „Bine, reuș”, iar băiatul a spus: „Niciodată nu te-am vrut și nici tatăl meu nu te-a vrut.” Acest lucru a fost foarte tulburător. A spus că a simțit că ceilalți băieți ar putea să se împace cu acest gen de lucruri, dar lui comportamentul prietenului său i-a provocat o criză. Când mama sa l-a luat în mașină, a început să plângă. A subliniat că a simțit că nu ar trebui să fie atât de supărat de acest incident. A povestit acest lucru pentru a da un exemplu referitor la modul în care se supără iar acest aspect se leagă de reacția sa la criticarea celui alt băiat de către profesorul de latină înainte de a pleca de la școală. (Dacă oamenii nu sunt prietenoși, atunci aceștia devin rapid asociați în mintea sa cu potențialul latent paranoid.)

Comentariu: Patrick a avut acum timp să intre în contact cu sentimentele sale de vinovăție și cu agonia moralei ce se prăbușește, atunci când l-a privit pe tatăl său înecându-se și pe când și el era pe punctul de a se îneca, dar fusese salvat.

Prin visarea acestui vis a demonstrat că a preluat controlul asupra acestui episod, iar prin rememorarea și povestirea lui a prezentat în continuare puterea organizării Eului său; și stabilind să mă vadă, a demonstrat capacitatea sa de a crede în mama lui și în mine, sub forma unui substitut pentru tată, iar în munca noastră comună sub forma unor figuri de părinți ce acționează la unison.

Al șaselea interviu cu Patrick (nouă zile mai târziu)

Patrick a folosit acest interviu pentru a intra în amănuntele legate de depresia suferită ca urmare a lipsei mamei sale. Aceasta era legată într-un mod complex de cererile față de mama sa din partea propriei sale mame. Mi-a mai spus că amenințarea depresiei s-a aflat în permanență cu el, cel puțin de la episodul întâmplat la vârsta de un an și jumătate.

Primul interviu cu mama (o lună mai târziu, cinci luni după convorbirea telefonică inițială)

Acesta a fost primul interviu personal pe care l-am avut cu mama. Motivul principal pentru care nu am văzut-o a fost faptul că acest caz a apărut în atenția mea atunci când nu aveam nici un loc disponibil și a trebuit să fiu eficient în ceea ce privește utilizarea timpului meu propriu. Următorul element este construit pe baza notițelor luate în timpul primului interviu. La acest moment, Patrick regresase la o stare de dependență și imaturitate, în grija ei și a oamenilor din zonă. Aici s-a văzut că mama era fundamental de încredere.

Mai întâi, mama a discutat despre relația cu propria sa mamă, a cărei vârstă înaintată a exagerat natura sa solicitantă obișnuită. A continuat prin a povesti despre Patrick și temerile sale legate de muncă și școală. A reieșit că în timpul acestei perioade de regres a obținut permisiunea de a merge la o școală locală, atunci când avea chef. După care Patrick a găsit un profesor orb.

Am insistat iar prin acest lucru am venit în sprijinul propriilor idei ale mamei referitoare la faptul că orice se întreprinde în cadrul educației în această etapă trebuie întreprins doar dacă Patrick vrea într-adevăr acest lucru, nefiind permisă efectuarea nici unui fel de teste.

Mama a descris cât poate fi de sensibil Patrick: „Un cuvânt sarcastic îl nimicea. Simte foarte ușor pământul fugindu-i de sub picioare.” I-am explicat că treaba ei este să aștepte salturi înainte spontane și în nici un caz să nu aștepte ceva de la Patrick în această etapă. Mama a spus că Patrick deja înțelege că se face bine și că o spusese cu aceste cuvinte: „Dacă aș fi încă bolnav, domnul doctor W m-ar consulta imediat, nu-i așa?” Acest lucru era o reacție la faptul că l-am făcut să aștepte o programare, fiind pentru prima dată de când se afla în grija mea când l-am făcut să aștepte. M-am chinuit foarte mult în timpul acestei consultații să sprijin intuiția mamei, sau ceea ce ea numea „instincte”, m-am ales că ea simțea lipsa sprijinului pe care obișnuia să-l obțină de la soțul ei în ceea ce privește copiii. La rândul său, Patrick începuse să se gândească la situația sa de la școală și să se îngrijoreze la gândul existenței posibilității de a rămâne timp de un an într-o clasă inferioară, în timp ce prietenii săi ar fi mers mai departe. (Multe lucruri au fost spuse în timpul acestei

consultații, ele fiind importante din punctul de vedere al mamei, dar nu au putut fi notate de mine la acel moment.)

Al șaptelea interviu cu Patrick (câteva zile mai târziu)

La scurt timp după această consultație, a apărut o complicație ca urmare a nereușitei școlii de a crede în boala lui Patrick: au sosit de la școală testele de examinare, iar rezultatele erau aproape dezastruoase. Patrick s-a recules în mod dureros din starea sa retrasă și a încercat să facă față competiției. În același timp și-a pierdut întreaga capacitate de relaxare și a devenit neliniștit și „persecutat”. Ieșise pe moment din starea sa regresivă și dependentă.

Am făcut în așa fel încât să-l văd imediat pe Patrick și i-am spus că am interzis cu desăvârșire toate testele și verificările și că ar trebui să arunce hârtiile. De fapt, am spus: „Du-lă la baie și trage apa” , lucru ce a fost potrivit în circumstanțele date, dar când a spus mamei sale aceste vorbe ei i-au părut a fi periculoase. Mama avea temerile părintelui legate de autoritățile școlare și se temea ca eu să nu fi scris aceste cuvinte directorului școlii. Intervenția poate neîndemânatică referitoare la hârtiile de verificare a produs consternare în școală și în orice caz nu era de înțeles pentru directorul școlii sau pentru doctorul școlii ca acest băiat să nu fie la școală, având o viață lipsită de griji sub protecția mamei sale „nevrotice”, fără o figură paternă în viața sa, neglijându-și complet educația. Și totuși, exact de acest lucru avea nevoie.

Rezultatul imediat al acestei consultații și a luării în mod ferm a deciziei referitoare la teste a constat în faptul că Patrick și-a recăpătat maniera relaxată și s-a reîntors la starea retrasă și regresivă, devenind încă o dată absolut fericit în cabana de la țară. În acest fel a muncit destul de mult cu testele, fără angoasă, numind acest lucru „joaca cu ele.”

Prima aniversare a episodului înecului

A fost important că mama mi-a cerut să discut cu ea prin telefon despre aranjamentele pentru prima aniversare. A existat ideea de a pregăti un fel de petrecere, cu multă lume, și genul de activitate febrilă ce ar putea acoperi rănilor. Aceasta ar fi fost o nouă versiune a episodului cu bebelușul ce sărea în sus și în jos. Cu ajutorul meu, mama și Patrick au făcut în așa fel încât să fie singuri în după-amiaza acestei prime aniversări a tragediei, ce coincidea, bineînțeles, cu ziua de naștere a lui Patrick.

După aceea mama a descris ce s-a întâmplat. A spus că Patrick arăta extrem de obosit - și într-adevăr amândoi erau terminați. Au stat împreună toată după-amiaza și au auzit ceasul ticăind. Astfel a trecut timpul. După care Patrick a spus: „Oh, slavă Domnului că s-a încheiat, nu a fost nici pe jumătate din cât de greu credeam că va fi”. Imediat după aceasta părea un băiat mult mai sănătos. Fața sa „a devenit imaculată. S-ar putea spune că starea de regres și de retragere s-a schimbat în acest moment într-un progres, într-o mișcare înainte spre independență și participare.

Al optulea interviu cu Patrick (șase luni după contactul inițial)

Patrick a venit și a povestit un vis pe care l-a avut. Vorbea cu Sir X (un scriitor cunoscut, critic de artă și prieten al familiei). A subliniat cuvântul Sir. A fost foarte drăguț. „Sir”-ul lega figura paternă de ideea directorului său de școală. În acest fel, Patrick îmi povestea întoarcerea figurilor vii paterne în realitatea sa psihică interioară. Erau mai multe informații în ceea ce Patrick discuta despre lucrurile legate de bărbați și, de asemenea, legate de fratele său mai mare.

Al nouălea interviu cu Patrick (două luni mai târziu, un an și jumătate de la episodul înecului)

Acesta a fost un eveniment mai mult sau mai puțin social în care am discutat o paletă largă de chestiuni, iar Patrick a desenat un zgârie-nori pe care l-a numit „Apus deasupra orașului Rio” (nr. 16).

Scrisoare către școală

Înainte de acest al nouălea interviu am scris școlii o scrisoare prin care recomandam revenirea lui Patrick și am inclus în scrisoare următorul paragraf:

Doresc să subliniez faptul că Patrick a avut o cădere psihică serioasă. Aș spune că acum și-a revenit și că probabil că se află într-o stare mai bună decât cea în care se afla înaintea decesului tatălui său. Anumite simptome ale primilor ani ai copilăriei au dispărut. Există un simptom rezidual ce ar crea mici probleme, iar acesta este legat de sensibilitatea sa extremă privitoare la laudă și blamare. I-ar putea ajuta pe cei care lucrează cu el să știe că nu lucrurile importante îl îngrijorează pe Patrick; nu este foarte tulburat dacă cineva este foarte supărat pe el, deoarece acest lucru este real și este legat de situația actuală percepută în mod obiectiv. Ceea ce îl supără foarte ușor pe Patrick este doar o dojană sau laudă minoră, iar efectul acestor două lucruri poate depăși orice efect a ceva real. Cred că știe acest lucru și va încerca să se controleze în ceea ce privește reacțiile excesive. În cazul în care trebuie să fiți deschiși supărați pe Patrick, atunci nu cred că acest lucru va cauza neplăceri.

Desen pag 364

Din punctul de vedere al școlii, Patrick se afla într-o stare satisfăcătoare. Personalul a uitat repede că el fusese bolnav și probabil că personalului i-a fost greu să creadă că de fapt Patrick a suferit o cădere serioasă.

Al doilea interviu cu mama (după ultimul interviu cu Patrick)

Acest al doilea interviu cu mama a fost important și necesar, deoarece mama era supărată pe mine și exista nevoia de exprimare a acestui fapt. În cursul interviului, a reieșit că am exercitat o tensiune foarte mare asupra ei și, într-adevăr, știam că am făcut acest lucru. De fapt, i-am cerut să amâne propria sa reacție față de moartea soțului ei pentru a se îngriji de Patrick și i-am spus că mă bazam

pe ea pentru a-și asuma responsabilitatea pentru el pe parcursul acestei căderi. Mai mult, au existat multe cazuri, unele dintre ele fără îndoială rezonabile, în care mama se supăra pe mine. O lăsasem „în plata Domnului”. După exprimarea insatisfacției legate de mine și după informarea mea cu privire la faptul că și personalul de școală nutrea același sentiment, a devenit foarte prietenoasă și mulțumitoare. După care mi-a spus cum ajutarea lui Patrick a ajutat-o pe ea însăși.

Al treilea interviu cu mama (o săptămână mai târziu)

Am putut să verific cu mama amănuntele părăsirii lui Patrick atunci când avea un an și jumătate. I-a povestit lui Patrick despre acest lucru după primul meu lung interviu lung cu ea. În timp ce îi povestea, el a devenit extrem de interesat și a spus: „Îmi amintesc că am lovit un pătuț de copil.” Motivul pentru care mama i-a povestit acest fapt a fost că, după prima consultație cu mine, atunci când Patrick se schimbaseră foarte mult ca urmare a intrării în contact cu mine, a început să rememoreze faptele.

A discutat cu o prietenă care i-a spus că locul în care Patrick a fost trimis atunci când a plecat de lângă el la vârsta de un an și jumătate nu era un loc bun și că știa acest lucru la acea dată. A adăugat: „Era o familie în care fiecare membru este plin de vigoare, iar copii sunt antrenați în mod energetic.” Povestirea acestor amănunte a făcut-o pe mamă să se gândească la un incident și mai vechi. Pe când avea cinci zile, Patrick a fost spitalizat pentru șase săptămâni datorită faptului că vomă, iar greutatea sa a scăzut de la 9 pounds la 6 pounds. La șase săptămâni mama l-a luat acasă, unde „a luat fantastic în greutate.”

Al patrulea interviu cu mama (șase luni mai târziu, doi ani de la moartea soțului)

Mama a spus că Patrick a făcut progrese mari. Era în formă maximă la școală și-i plăcea să muncească; raportul școlii era bun. A spus că era mai fericit și că dormea bine iar fobiile sale, pe

care le avea acasă de când era mic, au pierdut din importanță, până când au încetat să existe. S-a bucurat de vacanțele sale, fiind tot timpul ocupat în felul său și a stat în cabană împreună cu un prieten de școală, și a pregătit cabana pentru mama sa.

Insight-ul său este demonstrată de planurile pe care le făcea pentru cea de-a doua aniversare a tragediei. A găsit de cuviință să meargă cu prietenii săi pe o altă insulă! Atunci când și-a dat seama de data la care această excursie urma să aibă loc, a spus: „Nu în ziua aia. Nu. Nu ar fi bine să merg la mare atunci.” Deci și-a anulat vacanța pe care o aștepta atât de mult. Nu exista nici o dorință de a ocoli momentul tragic. În continuare nu era destul de relaxat în apropierea mării și a făcut comentariul: „Închipuiește-ți, sunt aproape doi ani,” sugerând faptul că se afla foarte aproape de sentimentul tragediei. Mama îl ajuta să plănuiască o zi foarte simplă pentru cea de-a doua aniversare.

Reconstituirea bolii lui Patrick

1. Efect necunoscut al spitalizării de la vârsta de cinci zile până la șase săptămâni, cu îmbunătățire clinică bruscă începând cu momentul sosirii acasă a bebelușului.

2. Separarea periculoasă de mamă la vârsta de un an și jumătate. Familia la care a stat a încurajat o apărare maniacală, dar la întoarcerea mamei și-a revenit brusc sub forma depresiei, ce a fost ascunsă din punct de vedere clinic în somnul de douăzeci și patru de ore pe genunchii mamei.

3. Urmărind acest fir, a existat o legătură între băiat și mamă, în spatele căreia se afla nu numai dragoste, dar și nesiguranța sa privitoare la încrederea față de aceasta. *Aici a apărut o deprivare relativă.* Acest lucru l-a transformat pe Patrick într-o ființă fixată la mama sa și a intervenit în dezvoltarea relației lui cu tatăl său.

4. Dezvoltarea personalității lui Patrick în timpul perioadei de latență a fost perturbată și, după cum a pus problema mama, părea ca și cum ar fi fost destinat să fie fixat la mamă.

5. După care a urmat tragedia care, deși parțial accidentală, a fost resimțită de Patrick ca fiind construită de către procesul său inconștient.

6. După care a urmat amânarea în dezvoltarea reacției lui Patrick față de tragedie. Părea neafectat și s-a reîntors la internat. Aici însă era înclinat să meargă la cabinetul medical pentru tulburări obscure. A produs aceste lucruri fără a ști de ce.

7. Primul interviu cu mine. Acesta a avut loc datorită mamei, care începuse să simtă că Patrick devenise suprasensibil și pasibil de tulburări psihosomatice. Era vorba despre o stare clinică paranoidă de severitate crescută. Și mama știa că Patrick nu a reacționat la tragedie. În acest interviu, Patrick s-a străduit să mă facă să înțeleg că *dificultățile sale apăruseră cu mult timp înainte de tragedie*. A desenat ceva care, într-un interviu ulterior, a oferit indiciul referitor la trauma inițială.

8. Lipsă de la școală din motive secundare. În al doilea interviu, Patrick știa că venise la mine pentru a obține ajutor și că era amenințat de o prăbușire psihică. A putut apărea o stare de retragere regresivă în locul bolii paranoide - ca urmare a încrederii sale în mine, care a fost inoculată în primul interviu.

9. Decizia mea privitoare la faptul că era bolnav și că nu trebuie să se întoarcă la școală pentru o perioadă indefinită de timp. Acest lucru a condus la atingerea unui profund nivel de regresie până la dependență și la transformarea lui într-o persoană retrasă. Mama a tratat această dependență într-un mod mai mult decât adecvat. Pentru a face acest lucru, a trebuit să-și amâne propria reacție la pierderea soțului.

10. Apariția sentimentelor adecvate tragediei (în cel de-al cincilea interviu). În punctul cel mai adânc al căderii sale, Patrick a venit cu un vis care a condus la experimentarea afectului ce nu fusese experimentat nici în momentul episodului traumatic nici ulterior. După experimentarea acestor sentimente, Patrick a început să-și piardă nevoia de a fi bolnav. A început să-și revină.

11. Reîntoarcerea la internat. Era acum aproape bine și nu a pierdut prea mult teren la școală. A reintrat în forma sa veche pentru un alt an și a acceptat situația. Și-a continuat rapid creșterea emoțională adecvată vârstei sale.

Patrick a avut o reacție întârziată la tragedia în care a fost implicat la vârsta de 11 ani. Amânarea s-a datorat parțial faptului că era deja bolnav la momentul întâmplării tragediei - și se poate spune că episodul tragic este o parte componentă a bolii băiatului. Această boală a avut ca factor etiologic o perioadă periculoasă de despărțire de mama sa la vârsta de un an și jumătate. (Este posibil ca un model pentru această reacție să fi fost stabilită de boala sa mai veche și de despărțirea de la vârsta de cinci zile până la șase săptămâni de la începutul vieții sale.) Boala acută, pentru managementul căreia am fost responsabil, a început cu tragedia și reacția întârziată și se poate spune că acum această boală este la final⁹⁷. Rezultatul complet este acela că Patrick a depășit partea importantă a bolii de care suferea dinainte de tragedie, care era de natura unei reacții de privare și care era caracterizată de un grad de fixație față de mamă, de o tulburare schizoidă în testarea realității lui (sistem fobic), de o tendință de a nega depresia și o tulburare de personalitate conducând înspre homosexualitate, cu o nuanță paranoidă.

Elementul principal terapeutic a fost modul în care mama băiatului a făcut față regresiei către dependență și, împreună cu aceasta, a existat un anumit ajutor dat de mine la cerere.

44

Tulburări fizice și emoționale ale unei adolescente

*Scrisă în ianuarie 1968*⁹⁸

Contribuția mea la această culegere de studii trebuie să fie una clinică. Propun să descriu un caz. Un caz nu demonstrează nimic, dar poate arăta multe lucruri și poate ilustra fenomene care, deși semnificative, nu apar în cadrul investigațiilor științifice convenționale.

⁹⁷ Continuare: la patru ani după tragedie, se poate spune că dezvoltarea băiatului a fost firească și sănătoasă. - D.W.W.

⁹⁸ Aceasta este o schiță a unui capitol pentru o carte de obstetrică și ginecologie; nu a fost de fapt publicat. - Ed.

Cazul lui G

Mia- fost cerut sfatul de către părinții unei fete în vârstă de 14 ani. G a fost dintotdeauna un copil sănătos, energic și cu siguranță că a fost foarte dorită de părinții ei. Familia era una stabilă, cu o permanentă grijă față de ea. Existau multe sentimente experimentate în situația de acasă, iar G a afișat afecțiune și agresivitate, ceea ce tatăl descria ca fiind un spectru larg de sentimente. G avea o soră cu patru ani mai în vârstă și întotdeauna s-a simțit provocată, și încerca din greu să concureze cu ea. Exista un băiat mai mic cu trei ani, iar față de acesta a avut etape de gelozie deschisă.

Pe scurt, o descriere a lui G ar fi o descriere a unui copil vioi. Ar putea fi descrisă ca o persoană ce evoluează spre o manieră extravertită. A existat un incident în viața acestei fete, ca și în viața multor fete, despre care am aflat ca urmare a încrederii pe care părinții o aveau în mine. A avut loc o întâlnire cu un bărbat care avea o perversiune sub forma unui impuls puternic de a seduce copii. De fapt, a încercat să o facă să urineze în fața lui, într-un mod ce-i permitea o vizualizare completă. Incidentul a fost închis, dar a lăsat-o pe G cu o anumită frecvență crescută de micțiune. La vârsta de 11 ani, lui G i-a venit menstruația; era pregătită pentru acest lucru. Din punct de vedere clinic, cam în această perioadă a devenit ciudată, neîndemânatică, având un mers ciudat, iar repulsia față de rolul feminin a devenit o caracteristică a sa. Totodată, exista un interes crescând față de băieți și o identificare cu mama sa, care avea grijă de casă. De la vârsta de 12 ani a devenit destul de greoaie, apatică și tăcută și a dezvoltat o scurgere vaginală leucoreică. Aceasta era în cantități considerabile și necesita spălarea suplimentară a hainelor.

A fost consultat un medic competent, iar după examinarea fizică, medicul le-a spus părinților că fetița este bolnavă din punct de vedere fizic recomandând scoaterea amigdalelor urmată de o apendictomie. Toate acestea se bazau pe investigațiile fizice, iar investigațiile făcute ulterior păreau să confirme diagnosticul medicului. Este posibil că medicul să nu fi convins părinții de faptul că a întreprins o evaluare exactă a personalității fetei și a istoriei legate de dezvoltarea acestei adolescente de la stadiul de fetiță și de bebeluș, prin luarea în considerare a poziției sale în familie.

Părinții erau nedumeriți, deoarece au urmărit aceste lucruri dezvoltându-se și simțeau că se ignora ceva.

În acest moment am fost consultat, am putut vedea toate rapoartele și am acordat timp mamei pentru a-mi prezenta istoria dezvoltării copilului.

În cadrul interviului cu mama, m-am putut informa cu privire la modul în care au debutat toate simptomele și cum s-au întrepătruns acestea cu stările fetei și cu experiențele actuale, precum și cu un grup de simptome cum ar fi roaderea unghiilor, ce nu ar putea fi legată de o boală fizică diagnosticată de către colegul meu.

Pe deplin încrezătoare, mama a fost capabilă să-mi spună că incidentul cu bărbatul a avut loc când fetița era în vârstă de 4 ani și că acesta i-a atins organele genitale. S-ar putea observa faptul că acest gen de detalii sunt adesea omise atunci când părinții relatează o întâmplare, deoarece aceștia nu au nici o idee despre genul de atitudine pe care l-ar putea avea medicul față de părinți sau copii. În schimb, ei oferă aceste detalii într-un mod disproporționat, astfel că reacția medicului este de a spune că se acordă prea multă importanță evenimentului. În acest caz, nu există nici o îndoială că incidentul era într-o anumită măsură cauzat de către copil și de starea în care se afla pe atunci, fiind într-o dispoziție extrovertită și întotdeauna cumva excitată.

Am avut un interviu cu G însăși și, ca urmare a acestuia și a unei examinări generale a întregii probleme, am decis să adopt cu tărie diagnosticul că e sănătoasă, dar cu complicații de tulburări emoționale și fizice ce aparțineau unei anumit tip de dezvoltare. Bineînțeles că știam că nu existau jumătăți de măsură în acest caz. Fie trebuie să-l sprijin pe colegul meu, fie trebuie să fac o afirmație clară opusă celei făcute de colegul meu și să-mi asum riscurile aferente. Riscul ar putea fi doar pentru propria mea reputație, de vreme ce a fost posibil să păstrez cazul, iar o modificare a diagnosticului nu ar fi prezentat dificultăți.

Astfel că i-am spus fetei că o consider ca fiind destul de sănătoasă. Mai mult, i-am spus că leucoreea este de regulă o caracteristică ce însoțește fantezmele și visele de natură sexuală, cum ar fi cele pe care le-ar putea avea la vârsta ei - și mi-am dat seama că înțelegea ce îi spuneam. A trebuit

să presupun că elementul care l-a condus pe colegul meu la ideea de apendicită era o problemă la ovare, asociată cu activitatea întregului aparat genital.

Nu am făcut o examinare fizică și bineînțeles că eram mai înclinat să evit examinarea zonei genitale după ce am aflat de incidentul cu persoana perversă. Din câte aş putea spune, G nu-și amintea acest incident sau, oricum, nu era obsedată de amintirea acestuia.

Astfel că fetița a ieșit din cabinetul meu diagnosticată ca fiind sănătoasă și normală și am continuat să merg pe același drum printr-o afirmație clară față de părinți referitor la faptul că în acest caz nu ne confruntăm cu o boală, ci cu o fată ce se dezvoltă într-un anumit mod.

Urmarea acestui consult și a atitudinii mele a constat în faptul că fata era mult mai ușurată iar părinții au reacționat la îmbunătățirea imediată a stării ei generale de sănătate. Tatăl mi-a scris că asupra lui G consultația a avut un efect marcant, ea începând după consultație să se simtă fericită și „să fie în apele ei”, după cum spunea el. Scurgerea vaginală s-a redus rapid și a încetat să mai fie un chin. Nu au mai existat discuții referitoare la problemele fizice, nici nu i-au mai fost scoase amigdalele și nu a mai fost supusă intervenției de apendicectomie.

Conflictul legat de identificarea cu băieți și fete a continuat și treptat s-a transformat într-o soluție pe măsură ce G. se îndrepta spre pubertate.

Patru ani mai târziu, am fost consultat de părinți, după care am continuat cu alte patru interviuri personale cu G.

La acea dată nemulțumirile lui G. erau în mod mai evident de natură psihiatrică. Ele includeau „spaima de moarte”, „senzația de palpitație”, teama de cancer și apendicită etc. I-a spus tatălui că știe ce o îngrijorează, dar mai degrabă nu i-ar spune lui, din acest motiv venind la cabinetul meu.

La acea dată avea 18 ani și era foarte implicată în relații heterosexuale. Tatăl a putut să-și dea seama de ceea ce a rezultat foarte clar în cadrul consultației, și anume că încă mai exista un conflict privitor la rolurile sexelor. S-a întristat de acest lucru din cauza faptului că era mai mult o femeie din punctul de vedere al observatorilor - și foarte iubită în această postură.

În cadrul interviului, am aflat că G. își rezolva treptat problema legată de conflictul rolurilor sexelor prin alegerea atentă a unui bărbat căruia putea să-i încredințeze mai degrabă *Self*-ul său masculin dezvoltat, ce era parte a vieții sale imaginare. Acest lucru nu a afectat starea ei clinică, astfel că nici o persoană aflată în contact cu ea nu s-ar fi gândit la ea ca fiind masculină. Era destul de evident faptul că G. adoptase rapid ideea de căsătorie și de îngrijire a propriilor ei copii. În acest context nu ar fi indicat pentru mine să descriu conținutul acestor interviuri psihoterapeutice, dar merită menționat faptul că viața imaginară a lui G. era foarte puternic populată de lei și tigri și de alte simboluri ale apetitului nepotolit, așa cum se întâmplase pe când era micuță. Era destul de clar faptul că hrănirea la sân a copiilor ei va fi o chestiune cu o mare semnificație pentru ea.

Tulburarea psihiatrică s-a dovedit a fi de scurtă durată, iar G. și-a continuat dezvoltarea personală fără alte consultații cu mine și fără ajutor din punct de vedere psihiatric.

Șaisprezece ani mai târziu, am fost consultat de G. pentru fiica ei în vârstă de 8 ani. Ea mai avea și alt copil. În cadrul consultației terapeutice, am văzut-o de trei ori pe această fetiță în vârstă de 8 ani și am primit un material bogat ce ilustra problema ei personală. Amănuntul important din punctul de vedere al acestui capitol este faptul că această fetiță sănătoasă, ce trăia de asemenea într-o familie bună, a fost capabilă ca în limitele tehnicii specializate a interviului să mă informeze cu privire la reacția ei față de elementul masculin al mamei de care, apropo, îi plăcea foarte mult.

Pe scurt, hrana foarte copioasă de la sânul mamei a acționat pentru ea într-o mai mare măsură decât acționează de obicei pentru o femeie ca expresie a unei activități masculine. Această fetiță, ca și mama ei, avea un conflict puternic privitor la rolurile sexelor și a discutat despre acesta pe larg, așa cum le place copiilor să facă în timpul a ceea ce eu numesc consultație terapeutică. A oferit un vis iar explicația ei descria un sac cu otravă. „Arată ca un porc.” Mai târziu, a dezvoltat această idee în termenii mamei sale, reasigurându-mă că într-adevăr mama sa este foarte bună, dar e vorba de ceea ce visează ea despre mama sa. La un anumit punct, pe când descria ce ar face cu sânii mamei sale, a devenit dramatică. A strigat: „Nu mai vreau nici un pic din laptele ei oribil.” După care a scuipat. După care a desenat o femeie ai cărei sâni atârnavă până jos, în față, ca bretelele

pantaloni tatălui ei pe care le desenase în alt desen, după care a spus: „Cred că ar fi găuri în loc de sâni.”

Nu așteptăm ca cititorul acestui capitol să considere acest material drept unul convingător, datorită următoarelor circumstanțe. Mai întâi, cititorul nu este neapărat familiarizat cu subiectul special și extrem de complex al dezvoltării emoționale a ființei umane, incluzând conținutul imaginar al minții copilului. În al doilea rând, nu este posibil, în acest context, de a oferi conținutul complet al celor patru interviuri, care de fapt ar putea fi redate, deoarece au fost luate notițe corecte, iar desenele copilului ilustrează fiecare pas.

Ceea ce poate fi afirmat este faptul că, din punctul meu de vedere, ca persoană ce a dirijat interviul, acest copil a putut să-mi arate (fără ca el să-l conducă în această direcție) faptul că el reacționa la o expresie puternică a identificării masculine pe care a detectat-o în mama sa - și care o tulbura. Bineînțeles că i-ar fi plăcut să fi descoperit toate acestea în tatăl său care probabil că este mai mult matern, decât patern.

Trebuie înțeles faptul că, în termenii psihiatriei, aceste persoane, adulți și copii, nu trebuie descriși ca fiind bolnavi. Este vorba mai mult despre faptul că aceștia au anumite modele care, dacă se exagerează și se fixează, atunci ar putea fi diagnosticate ca modele de boală. Lucrul important de subliniat este faptul că, spre surprinderea mea, copilul a ales pentru descriere același element din mama sa care a apărut în prezentarea mamei în urmă cu douăzeci de ani și care era o caracteristică vieții din copilărie a ei (a mamei).

Privind înapoi spre întregul complex, cineva poate observa faptul că leucoreea, care a fost motivul inițial al consultării medicului și care ar fi putut conduce cu ușurință la efectuarea unei serii de operații reprezenta o parte foarte mică a unei probleme de personalitate totală ce nici măcar în afara nu se afla spectrului larg al conceptului de sănătate pe care îl ai în vedere în practicarea psihiatriei infantile.

Este posibil ca acest gen de contribuție clinică se fie ca un șoc pentru cititorul unei cărți al cărei titlu este „Bazele științifice ale obstetricii și ginecologiei.” Cu toate acestea, este necesar ca acele care fac observații controlate cu mare atenție și care trag concluzii din munca lor să li se amintească că în practicarea medicinei nu este posibilă ignorarea personalității totale și a modelului familiei, fără riscul producerii a mai mult rău decât bine.

Medicul este cel care asigură material pentru activitatea științifică, nu patologul sau specialistul în efectuarea testelor mecanice. Poate că există un loc în această carte care să schițeze din două-trei linii o situație clinică foarte complexă.

45

Nebunia mamei ce apare într-un material clinic sub forma unui factor străin de Eu

Scris pentru o carte despre psihoterapia psihanalitică, 1969⁹⁹

Într-un caz recent de-al meu, intruziunea bruscă a materialului „străin” trebuia să fie observată, înțeleasă și interpretată. Pacientul era un băiat în vârstă de 6 ani care mi-a fost trimis din cauza faptului că nu era capabil să se folosească de inteligența sa; în schimb, făcea găuri în mănușile, haina, cravata, pulovărul său și defeca doar într-o oliță din apropierea unuia dintre părinți. Mai mult, pretindea o rutină ce era în multe detalii strictă și avea restricții la mâncărurile sale.

Nu este necesară aici o descriere amănunțită a cazului, căci intenția limitată de a descrie interviul psihoterapeutic pe care l-am avut cu mine în singura ocazie în care ne-am văzut. Interviul a avut un efect bun deoarece am putut clarifica învâlmășeala din mintea băiatului, introdusă în viața sa de anumite caracteristici ale mamei. Se poate considera de la sine înțelesde către cititor că acest

⁹⁹ Publicat în *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*, ed. Peter L. Giovacchini (Londra: Hogarth Press; New York: Jason Aronson, 1972)

unic copil era iubit de părinții săi, iar familia nu se afla în pericol de destrămare. Tatăl era un profesionist, iar mama era profesoară.

Pentru a oferi o imagine folositoare a ședinței, trebuie să-i cer cititorului să urmărească multe detalii ce trebuiesc raportate pur și simplu, deoarece oferă continuitate materialului.

El și cu mine am jucat împreună jocul squiggle, și mi-a fost ușor să descopăr capacitatea sa de a se bucura de joacă și de a mă juca laolaltă cu el. Iată ce s-a întâmplat pe parcursul efectuării desenelor: după o discuție neorganizată despre căminul și situația sa familială, am pregătit hârtia și creioanele și am început cu primul desen.

1. Desenul meu, pe care l-a transformat într-un măgar, oferind și alternative: porc, vacă, cal, câine. „Are un ochi caraghios.” În expresia „ochi caraghios” am avut deja o referire asupra impredictibilității.

2. Desenul lui, despre care spunea că e un cap și l-am transformat într-un corp de fată.

3. Desenul meu, pe care l-a transformat într-un cap caraghios. Observați recurența temei „caraghios” ce arată semnificația acesteia. A făcut o referire la mine, ce era legată de o afirmație a mamei despre mine. Se pare că aceasta deține o carte de-a mea, iar el a văzut acest lucru și a spus: „Faci un cap foarte bun în scris”. Cred că mâzgăleala de pe frunte se referea la creier, ca și cum ar fi fost un portret de-al meu văzut prin ochii mamei. „Bărbatul are un nas caraghios cu trei nări. Urechile sunt în spate, astfel că nu le vezi.”

Mi-a spus despre alte desene pe care le-ar putea face, inclusiv despre un autobuz și era foarte pătimăș în a lua creioane colorate. Mă folosisese deja pentru a discuta despre ideea a ceva caraghios legat de minte. Eu, bineînțeles, nu am făcut nici o interpretare. La cele trei nări te-ai fi putut gândi ca fiind furioase, dar în spațiul activităților de joacă ale băiatului.

4. În acest moment, hârtia s-a rupt în cadrul unui proces de desenare viguroasă. La început, nu a reușit să deseneze nimic.

5. Acesta prezintă ceva ca un mister. Era al lui, iar în colțul de sus a făcut un semn. Acest semn era, de asemenea, parte din litera M. Aici este un calambur al numelui său. A spus: „Nu este

nimic.” Ajunsesse la o apărare extremă, deoarece de vreme ce el este un nimic, atunci nu poate fi omorât sau rănit de cea mai grea traumă imaginabilă.

Am continuat tema discutând cu el despre desen ca despre o modalitate de a scoate ceva din mintea lui și de a pune pe hârtie. A discutat despre modul în care un tren trebuie uneori să se oprească pentru a permite unui tren rapid să treacă. A spus: „Trenul nostru se blochează deoarece ei trebuie să schimbe liniile și apoi ne putem reîntoarce.”

În acest moment abia a reușit să prindă creionul ca să nu cadă pe podea, iar acest lucru și altele mărunte au părut semnificative, indicând că în experiențele sale recente mai degrabă exista haos în loc de ordine. Acum creionul a alunecat pe podea. Cu toate acestea, nu se afla într-o stare de teamă și se poate spune că găsisse o poziție din care să privească trecând trenul rapid.

În acest moment, am luat o pauză. Am folosit pauza ca să-l întreb despre vise. A spus: „Nu știu.” După care s-a întors la desenul nr. 4. „Este o locomotivă. Acesta este o fereastră bună. Seamănă cu o adevărată fereastră de locomotivă, un tren cu aburi.”

Desenele pag 377

Se îndrepta spre trenul expres traumatizant, care în mod evident îi amintea de mamă. „În parcul Battersea există un tren care arată ca un tren cu aburi dar în realitate este un diesel. Mama crede că este un tren cu aburi!” A continuat să vorbească despre trenurile cu aburi pe care le vede. El le urmărește mișcarea pe liniile de manevră. Și a văzut aceste lucruri de multe ori în numeroasele excursii la stația Victoria; înainte și înapoi. „Am văzut pe hârtie ceva în cealaltă parte a lumii, ce se afla cuprins de flăcări. Nu au fost omorâți oameni; ei bine, nu atâta timp cât incendiul era mic.”

Sunt indicate probabilitățile imense de pericol – un comentariu asupra focului din locomotiva cu aburi. „Oh, am uitat spațiul pentru cărbune.” Și a început să încerce să-l adauge în spatele locomotivei; s-au pierdut multe alte amănunte mărunte ale acestui moment, după care a manifestat ceva destul de nou și în afara tendinței generale a interviului.

Apare agentul traumatic

În acest moment, a început să se comporte diferit. De-abia îl recunoșteam ca fiind același băiat. Venise un lucru nou și pusese stăpânire pe el. Acest lucru care era nou avea de-a face cu auzirea unui zgomot caraghios; era un sunet bubuitor. Un gen de sunet ca și cum s-ar scurge ceva, care ar putea proveni de la arzătorul de gaze. S-a dus să verifice arzătorul de gaze, însă nu era nici un miros, deci nu se scurgea.

Nu puteai fii sigur dacă avea halucinații sau își aducea aminte de ceva sub formă de elemente auditive. Am continuat prin oferirea unei interpretări legate de auzirea părinților în cealaltă cameră față de care a spus un puternic „Nu”, și a adăugat: „Era foarte sus pe dealuri sau poate chiar la izvorul Tamisei.”

Am continuat cu tema mea, spunând: „Ca și cum ar putea fi începutul lui Mark (semn), ceva ce se întâmplă între mamă și tată.”

A continuat tema mea într-un efort de a se supune, spunând: „Am început în interiorul mamei și am sfârșit în afara mamei la spital. Nu era nici un zgomot de plânsete ale copiilor.”

Am spus: „Mă întreb dacă nu era un zgomot în interiorul mamei” și a spus că avea ochii închiși pentru a nu putea auzi. Eu însumi eram năucit și se pare că am continuat cu această interpretare a scenei primare.

A fost dificil să iau notițe despre modul haotic în care apărea materialul. Ilustra sunetele pe care le auzea sau rememora iar ele păreau să includă cuvântul „nu”, acest lucru repetându-se de mai multe ori. Totul era înnebunitor, haotic. A întrerupt acest lucru spunând: „Ce mai faci – scrii alte cărți?”, referindu-se la notițele pe care le luam. Astfel că am scris „Mark (semn)” foarte mare și în mai multe feluri. A spus: „Scrisul nu este bun; este o mâzgăleală.”

Cred că în acest moment desenul nr. 4 a fost rupt de Mark din ce în ce mai viguros. Acum mi-am dat seama că îşi pierduse creionul de tot. Acest lucru părea semnificativ, deşi pentru un timp căpătase interes pentru un briceag aflat în cutia cu creioane. Împreună am explorat acest lucru, iar el a spus: „Mi se permite un cuţit.” Cu cuţitul a împuns hârtia şi uneori masa, iar la acest moment a fost făcut cel mai mult rău desenului nr. 4. De mai multe ori, hârtia căpăta noi stricăciuni şi cred că arăta de ce trebuia ca el să nu fie nimic dacă trebuie să lase să apară „lucrul” traumatic. De asemenea, aici era vorba despre tema penetrării pe care o obţinusem deja din istoria originală a lui Mark.

După aceea a început să verifice cutia ce conţine creioane. Am o „radieră”? (Nu am.) „Doamne!”. Şi tot aşa. Jocul ajunsese acum la un final şi a început să se plimbe prin cabinet, începând o altă temă. A luat ceva din buzunarele sale drept şi stâng şi le-a înfundat în urechea sa dreaptă şi stângă, şi părea legitim să presupun că avea de-a face cu sunete halucinante şi, mai mult, că venise pregătit să le înfrunte aducând bucăţele de hârtie pentru a le utiliza în acest scop.

Manifesta o stare confuză, dar a schimbat repede subiectul şi s-a referit la grădina mea de pe acoperiş pe care o putea vedea de la fereastră. A vorbit despre o poveste dintr-o revistă de benzi desenate şi s-a întrebat unde ar putea fi această revistă. S-a gândit că probabil că mama o avea în sala de aşteptare. În acest mod, adevărata mamă a revenit în mintea sa şi a putut să-şi dea seama că trenul rapid era o mamă nebună. Eram încă nesigur faţă de acest caz şi am amânat interpretarea principală.

Angoasa s-a menţinut în continuare, spunând că „în curând ar putea pleca acasă.” S-a referit la frica de zgomote şi era ceva distractiv legat de scaunul ce se deplasa şi se comporta ca şi cum ar fi lovit-o pe mamă sau ar fi fost lovit.

M-am referit la nebunia pe care o reprezenta acest lucru. Fie el, fie eu, am spus: „Totul a luat-o razna,” după care am râs. În legătură cu capul, am spus că „are ochi, însă nu are urechi”, iar el a spus: „ba da, are, dar au căzut, iar acum sunt întoarse.”

A existat un moment a unei lumi nebune și a unui tip de sunet gen „Uf, Uf” în interiorul scaunului nebun, iar acest zgomot a ieșit pe partea cealaltă a scaunului. Am făcut o remarcă despre un loc nebun din mintea lui sau probabil din mintea mamei lui și am început să am convingerea că băiatul îmi prezenta o imagine a mamei sale ca fiind a unei persoane bolnave.

Continuând tema inițială, am spus, „Iar mama a făcut un nas mare și el se chema Mark.” În final, am afirmat în mod clar: „Uneori mama înnebunește când ești acolo. Acest lucru mi-l prezinți.”

Se distra singur vorbind despre grija pe care trebuie să o ai cu chestiunile electrice. A spus: „M-am născut băiat.”

Am spus: „Te-ai născut un nas mare”. Iar el a spus: „Ba nu!”

Acum voia să plece spunând că nu îi era frică ci pur și simplu dorea să o vadă pe mama sa, astfel că am plecat împreună să o aducem aici.

Comentariu

Când m-am uitat din nou la mamă, mi-am dat seama că are o problemă personală gravă, iar când am discutat cu ea despre acest lucru, ea era foarte dispusă să admită că era adesea o persoană bolnavă.

Mai târziu, a spus că este foarte fericită că văzusem în modul de comportare al băiatului faptul că uneori ea înnebunește în fața copilului, și știa că acesta era faptul care îl tulbura. Ea însăși se afla sub tratament pentru starea ei mintală.

În acest exemplu de consultație terapeutică, este posibil să observi un băiat în vârstă de șase ani ce comunică un model de personalitate complexă și dinamică, nu un profil, ci o reprezentare profundă integrată într-un continuum spațiu-timp.

El sesizează rapid condițiile speciale ale situației profesionale și dezvoltă încrederea necesară în mine. În această încăpere, băiatul se joacă cu nebunia personală, verificând dacă pot suporta ochii „caraghioși” și cele trei nări. Apoi prezintă modul în care a învățat să adopte apărările extreme ale nimicului sau invulnerabilității. Nu este mai mult decât un semn, semn ce poate trece

ușor neobservat. Se întâmplă să poarte numele de Mark (semn) și utilizează acest aspect într-un mod ludic.

Acum scena este stabilită. Este aici jucându-se cu mine și toate lucrurile sunt bune. Mă avertizează cu privire la trenurile ce trebuie să treacă pe alte linii pentru a permite accesul trenului rapid. În termenii amănunțelor legate de trenul cu aburi, îmi spune despre o probabilitate enormă de distrugere: foc în cealaltă parte a lumii.

Apoi brusc înnebunește, dar este mai adevărat să spunem că este *posedat de nebunie*. Nu mai este el, dar este o persoană nebună pe care o urmăresc – o persoană complet imprevizibilă. Trenul rapid trece în goană prin stație, în timp ce trenul obișnuit stă deoparte. „Nimic” nu este distrus de „ceva-ul” nebun.

Apoi nebunia mamei trece, iar băiatul începe să-și dorească să o folosească pe mama sa pe post de mamă ce are grijă de el și de care are nevoie pentru a ajunge acasă. Băiatul pleacă de la cabinetul meu într-o stare fericită. Are încredere în mama sa, a cărei înnebunire nu mi-a fost prezentată, a cărei înnebunire a devenit obiectivată și restrânsă în propriile sale limite. Mark a devenit acum ceva în loc de nimic, se poate juca din nou chiar și jocuri absurde care fiind parte a nebuniei sale, nu sunt atât de traumatice, pe cât comice și distractive.

Cred că am fost necesar în rolul meu special de cineva care l-ar fi putut vedea, care s-ar fi putut gândi la el (creier deștept în cap), care ar fi putut experimenta contactul cu el (comunicare prin joacă), recunoaște și respecta modurile sale de apărare (și apărarea sa extremă prin a fi un „nimic”) și o persoană ce ar fi putut fi martoră la stările de a fi posedat de nebunia mamei, atunci când propria sa, mamă înnebunește în fața lui. Mai avea nevoie și de celălalt contact al meu cu mama sa despre care am putut afla că, atunci când nu este nebună, este un părinte bun și responsabil și o soție bună pentru tatăl băiatului.

Unde se află el atunci când este nimic? Cred că în cadrul consultației s-a bazat pe faptul că aveam în cap o imagine mentală a lui pe care o putea reaminti după ce trenul rapid trecea, iar trenul obișnuit putea ieși de pe liniile secundare.

Notă adăugită

Cu toate că nu acesta este scopul acestui articol, aş dori să adaug că a existat o îmbunătăţire clinică considerabilă care a urmat acestei singure consultaţii psihoterapeutice. Acest lucru s-a arătat într-o clarificare a blocajului şcolar de care se plâneau profesorii băiatului; s-a arătat şi în atitudinea generală de acasă a băiatului, în progresul său către independenţă şi în noua sa capacitate de a funcţiona normal în ce priveşte modul său de a defeca.

Partea a treia

Despre opera altor analişti

Susan Isaacs

I. Necrolog¹⁰⁰

1948

Susan Isaacs a murit pe 12 octombrie, la vârsta de 63 de ani. Puţini au avut avea o influenţă mai mare în vremurile noastre în creşterea şi educarea copiilor; într-adevăr, tendinţa modernă către întreaga recunoaştere a aspectului uman al grădiniţei şi educaţiei ce va urma datorează mult muncii ei.

¹⁰⁰ Publicat în *Natura*, 4 decembrie 1948

Dr. Isaacs era fiica lui William Fairhurst din Bolton, Lancashire, și a lui Miriam Sutherland. Educată la școala gimnazială din Bolton și la universitățile Manchester și Cambridge, a devenit student-cercetător la Cambridge în laboratorul de psihologie, în 1912, și apoi conferențiar în psihologie la Colegiul Darlington. În 1924, a fost invitată să devină director al Școlii Malting din Cambridge. În următorii 3 ani, a strâns datele necesare despre comportamentul copiilor, gânduri și sentimente pe care le va prezenta mai târziu, în chip strălucit, în cele două cărți ale ei, *Dezvoltarea intelectuală a copiilor mici* (1930) și *Dezvoltarea socială a copiilor mici* (1933).

În 1933, a fost numită șefă a Departamentului pentru Dezvoltarea Copiilor la Universitatea din Londra, la Institutul de Educație. A ocupat acest post cu un succes răsunător timp de 10 ani. În tot acest timp, un mare număr de profesori și educatori cu experiență și-au îmbogățit cunoștințele datorită ei și au înțeles mai ales că fiecare copil este o personalitate totală, care are nevoie să se realizeze imaginativ și să fie înțeles așa cum trebuie.

Dr. Isaacs s-a oprit asupra noii perspective oferite de psihanaliza lui Freud imediat ce opera lui a ajuns cunoscută în Anglia și s-a alăturat Societății Britanice de Psihanaliză în 1921. A fost numită psiholog la Clinica de Psihanaliză din Londra, în anul 1931. A rămas în cadrul Clinicii până la moarte și a contribuit semnificativ la opera științifică a Societății, dar și la cea practică a Institutului de psihanaliză. A fost un membru valoros al Comitetului de Formare și al Consiliului.

Dr. Isaacs a fost profesor și conferențiar, nu doar scriitoare; cărțile și articolele ei sunt bine cunoscute studenților la psihologie de astăzi. Micul ei îndreptar pentru mame și profesori, *Anii de școală*, scris în 1929, este cunoscut în întreaga lume; a primit premiul din partea Revistei Părinților în Statele Unite. *Copiii pe care îi învățăm* este o altă cărticică, foarte populară. Una dintre cele două cărți publicate înainte să moară este *Copilăria și ce urmează*, conținând eseuri și studii psihologice clinice din perioada târzie a vieții ei. Un capitol din această carte, intitulat „Copiii din instituții”, a fost inițial un memorandum prezentat în 1945 Comitetului Intern de Îngrijire a Copiilor, mai cunoscut drept Comitetul Curtis - acesta fiind probabil cel mai important document autonom consultat de acel comitet.

Înzestrările pe care le avea dr. Isaacs erau o combinație de factori intelectuali și emoționali. Interesul ei pasional față de condițiile educației copiilor și apoi față de modul în care sunt crescuți acasă, e o consecință a propriilor experiențe. Moartea mamei, când Susan avea 6 ani, la capătul unei boli fatale, care a debutat când Susan abia împlinise 4 ani, a determinat-o să găsească în școala primară din Lancashire, în deceniul 9 al secolului al XIX-lea, un refugiu și alinare. În curând, însă, s-a transformat într-o rebelă față de numeroasele constrângeri și inadecvări ale școlii. Această dezamăgire și simțul acut a ceea ce „școala” ar fi trebuit să fie, și nu era, i-a rămas în minte de-a lungul dezvoltării ei și a contribuit la opera de mai târziu.

I-a fost clar, de la o vârstă fragedă, că simpla critică și abandonarea metodelor existente nu ar avea rezultate constructive. A asimilat cu repeziciune și a adoptat cele mai avansate idei educaționale ale vremii, iar deschiderea ei față de noua învățătură a psihanalizei demonstrează că nici o opoziție convențională sau rezistență nu a împiedicat-o să-și lărgască orizonturile și să aspire la o mai bună înțelegere. Mai târziu, când ideile lui Melanie Klein au ajuns în Marea Britanie, a fost printre primii care au sesizat noile surse de cunoaștere care se ofereau acum. A văzut cum aceste idei pot fi dezvoltate în folosul general al creșterii copiilor și, din acel moment, le-a aplicat neobosit și consecvent.

Trăsătura intelectuală remarcabilă care o caracteriza era o înțelegere rapidă și cuprinzătoare a materiei avută în vedere și abilitatea de a o clasifica și rezuma, de a o prezenta cu remarcabilă claritate și de a o discuta din diverse puncte de vedere. Capacitatea ei excepțională de a-și transpune imediat gândurile și impresiile în expresie verbală a servit ca un puternic suport pentru toate celelalte înzestrări ale ei.

Tipic pentru Susan Isaacs a fost faptul că atunci când și-a dat seama că erau multe lucruri pe care nu le parcursese, în special în opera lui Melanie Klein, s-a hotărât (deși era membru al Societății Britanice de Psihanaliză) să se înscrie iar drept cursant. Astfel a evoluat, a trecut prin a doua analiză personală de durată, și-a îmbunătățit munca și, de asemenea, contribuția sa la cercetarea

psihanalică. În ultimii ani, s-a dedicat aproape în întregime practicii analitice, pe care a simțit-o drept cea mai satisfăcătoare activitate a sa.

Soțul ei, Nathan Isaacs, i-a fost prieten și sprijin constant, dar și un critic constructiv.

II. Prefață la *Susan Isaacs*

De D. E. M. Gardner

*Datată 9 septembrie 1968*¹⁰¹

Când Susan m-a sunat și mi-a spus că este bolnavă și că va muri, am fost foarte furios. Îmi reamintește acum de reacția mea violentă de un mai târziu, când am văzut-o pentru ultima oară.

Mi s-a părut așa o pierdere că această persoană, atât de reală și de activă, va înceta să mai existe din cauza unui cancer.

Susan și cu mine ne-am cunoscut pe când eram amândoi studenți la Institutul de Psihanaliză, pe la mijlocul anilor '30. Își încheiase în linii mari munca la Școala Malting, iar pe-atunci se creaa pentru ea Departamentul de Dezvoltare a Copilului la Institutul de Educație. Ca psihanalist, ea urma o a doua pregătire, fiind nemulțumită de prima, aceasta însemnând o a doua analiză și o nouă revoluție personală.

A fost foarte important pentru mine că Susan m-a invitat în fiecare an să țin o serie de conferințe studenților ei de la Cursul de Dezvoltare a Copilului. Am fost mai mult decât surprins. Mi-a lăsat toată libertatea, în ciuda imaturității mele, iar timp de câțiva ani le-am vorbit studenților ei despre experiența mea pediatrică. Încet-încet, aceste conferințe s-au transformat într-o serie, câte 10 în fiecare an, care să acopere subiectul dezvoltării emoționale a individului. Nu numai că a fost drăguț din partea lui Susan să mă invite și să mă lase să-mi prezint propria metodă și punctul de vedere personal, dar a fost fantastic din partea ei să creadă că poate ajunge la un rezultat colaborând cu un coleg. Asta era tipic pentru ea. Era net superioară, generoasă, dar în același timp umană, vulnerabilă,

modestă și tolerantă într-un mod amuzant. Când l-am auzit pe Nathan criticându-i dur ideile și formulările, am înlemnit, dar mi-am dat seama că exact asta apreciază ea la el și că folosea într-un mod pozitiv duritatea și intelectul lui deosebit.

Mi-a revenit sarcina de a găsi cazuri de copii pentru cursul de analiza copilului ținut de Susan și am observat cu atenție modul sensibil în care se ocupa ea de întreaga situație familială, lucru dificil când ești implicat paralel într-un proces de studiu și într-un tratament psihanalitic care presupune ședințe zilnice de-a lungul anilor. Nu am avut niciodată temeri în ce privește cursul acestor tratamente, chiar dacă în acele timpuri lucram într-un mediu potențial ostil.

Bineînțeles că dacă aș fi știut că boala va întrerupe prietenia noastră, aș fi înaintat mai greu, folosind din plin ceea ce avea ea de oferit; dar părea că e timp suficient; și, oricum, trebuia să ne refacem după război.

Apoi viața acestui suflet dârz s-a încheiat, iar noi, cei care am supraviețuit, am rămas cu mâhnirea. Aceste amintiri adunate de Dorothy Gardner îmi oferă un moment de bucurie pentru că recrează o parte din realitatea unei persoane cu adevărat mari, care a avut o influență extraordinară și hotărâtoare asupra atitudinii părinților și a profesorilor față de îngrijirea copiilor. Această încercare de reconstrucție își va atinge scopul dacă o va reînvia pe Susan pentru cei care nu au cunoscut-o niciodată, în așa fel încât să-i determine să-i citească și cărțile, prezentând-o ca pe o ființă luminoasă, luptătoare, cu năzuințe, ca pe cineva care părea destinat să facă lucruri mărețe pe care nu le putem defini acum pentru că moartea i-a întrerupt procesul creator. Mai este spațiu pentru a studia ceea ce ea a reușit să realizeze.

47

Marion Milner

¹⁰¹ Londra:Methuen, 1969

1951

Să nu se creadă că această carte este doar despre a picta sau a nu picta. Trebuia să aibă totuși acest titlu deoarece de aici a pornit scrierea cărții. Scopul cărții i-a devenit clar autoarei în timp ce o scria, cartea fiind de fapt un exemplu al temei principale. Aceasta temă, care devine treptat clară pentru cititor, reiese din citatul de la început: „Conceptele nu pot fi prezentate ca fiind simple, ele trebuie întrețesute în structura ființei mele, iar aceasta nu se poate face decât prin propria-mi activitate.” (M. P. Follet, *Experiența creativă*).

Conceptul central prezentat cititorului și urmărit de scriitor e legat de modul subiectiv de a experimenta și de rolul acestuia în procesul creativ. Astfel, cartea este, dintr-un anumit punct de vedere, o pledoarie pentru recunoașterea subiectivității ca având propriul loc și mod de funcționare, la fel de legitim și de necesar ca obiectivitatea, dar diferită. Aplicată la educație, se subliniază că subiectivitatea trebuie înțeleasă de profesori, altfel dorita obiectivitate ar fi în pericol de distorsiune. Pictura este un punct de plecare; descoperirea surprinzătoare a puterii de a face desene „libere” care a îndreptat atenția scriitoarei asupra problemei subiectivității sau a acțiunii subiective.

Prin urmare, subiectivitatea are două aspecte principale, unul raportat la iluzie, celălalt la spontaneitate. Amândouă sunt legate de ceea ce autorul numește interacțiunea diferențelor, din care se naște creativitatea; dar, dacă permitem interacțiunea, atunci trebuie să ne pregătim pentru suferință psihică. O astfel de interacțiune necesită diferite descrieri, în funcție de nivelul avut în vedere. De exemplu, pentru o fază târzie a dezvoltării emoționale, relevant este ceea ce este familiar în literatura psihanalitică despre conflictul inconștient dintre iubire și ură în relațiile interpersonale și, într-adevăr, asta a deschis calea pentru alte considerații. Asemenea conflicte implică problema protejării obiectului iubit de ură și atacuri erotice (fie reale, fie imaginate), iar creația este văzută în acest cadru ca un act reparator. Când luăm însă în considerare vârstele timpurii ale dezvoltării

¹⁰² Această carte a fost scrisă sub numele de Joanna Field; Londra: Heinemann, 1950. Recenzia lui Winnicott a aparut în *Jurnalul Britanic de Psihologie Medicală* (1951) - n.ed. englez

emoționale, trebuie să folosim un alt limbaj, precum declarația creativității magice ca alternativă la anihilarea magică.

Dacă am înțeles bine, autoarea vrea să facă o aserțiune fundamentală despre creativitate. Vrea să spună ca aceasta rezultă din ceea ce reprezintă pentru ea (și probabil pentru toți) situația dificilă primară. Această situație dificilă apare din non-identitatea a ceea ce e intuit și a ceea ce urmează să fie perceput. Pentru mintea obiectivă a unei persoane ce observă din afară, ceea ce un individ este la exterior nu e niciodată identic cu ceea ce este în interior. Dar, pentru sănătate, poate fi - și trebuie să fie (după cum sugerează autoarea) un loc de întâlnire, o suprapunere, o stare de iluzie, intoxicare, transfigurare. În arte, acest punct de întâlnire se află cu precădere prin intermediul acelei porțiuni din lumea exterioară care ia forma concepției interioare. În pictură, literatură, muzică etc., un individ poate găsi insule de pace și să obțină astfel o eliberare momentană de suferința primordială a ființelor umane sănătoase.

Psihanaliștii sunt obișnuiți să se gândească la arte ca la evadări realizate din conștientizarea discrepanței dintre interior și exterior, dintre dorință și realitate. Poate fi un șoc pentru unii dintre ei ca un psihanalist să ajungă la concluzia, după un studiu atent, că această iluzie a realizării dorinței poate reprezenta o bază esențială pentru adevărata obiectivitate. Dacă aceste momente de fuziune a subiectului și obiectului, a interiorului și a exteriorului sunt într-adevăr mai mult decât insule de pace, atunci acest fapt are o foarte mare importanță pentru educație. Întrucât ce este iluzie văzută din exterior nu poate fi descrisă ca iluzie atunci când e văzută din interior. Pentru că acea fuziune care se întâmplă când obiectul e simțit ca fiind una cu visul, cum ar fi când te îndrăgostești de cineva sau de ceva, este, văzută din interior, o realitate psihică pentru care cuvântul „iluzie” este nepotrivit. Pentru că acesta este procesul prin care ceea ce este intern este actualizat în forma externă și astfel devine baza nu doar a percepției interne, ci a întregii percepții adevărate a mediului. Astfel, percepția în sine este văzută ca un proces creativ. În practică, psihanalistii, ca și ceilalți oameni, iubesc artele și apreciază munca celor care pun în circulație iluzii. Această carte le arată psihanaliztilor un mod în care își pot alinia teoriile nu numai psihoterapiei, dar și vieții lor zilnice.

Mai mult, autorul le reamintește psihanalistilor și profesorilor că a preda nu este suficient; fiecare student trebuie să creeze ceea ce trebuie predat și astfel să ajungă la fiecare etapă de învățare în modul propriu. Când uită momentan să-și recunoască îndatoririle, aceasta îi este iertat cu ușurință, dacă el re-descoperă, cu prospețime și originalitate, dar și cu plăcere, iar atât studentul, cât și subiectul, își măresc experiența.

Al doilea fir conducător al cărții, rolul spontaneității în creativitate, este de asemenea ceva pe care analiștii tind să-l accepte mai mult în practică decât în teorie. Sunt obișnuiți să teoretizeze efectele unui control prea rigid al spontaneității, impus în interesul vieții sociale și al proprietății. Ceea ce ei și profesorii sunt mai puțin obișnuiți să ia în considerare este efectul de prostire pe care accentul prea mare nu numai pe proprietate, dar și pe obiectivitate îl are asupra spiritului creator. Această grijă a obiectivității privește nu doar percepția, ci și acțiunea, iar creativitatea poate fi distrusă de prea marea insistență asupra faptului că, atunci când cineva acționează, trebuie să știe dinainte ce face.

48

Ernest Jones

I. Necrolog¹⁰³

1958

Moartea lui Ernest Jones are o semnificație majoră pentru întreaga lume a psihanalistilor. Pentru Societatea Britanică de Psihanaliză această semnificație este desigur mai mare, deoarece Jones a creat Societatea și a dominat-o mulți ani cu personalitatea și devotamentul lui. Pentru câțiva membri, în special cei ale căror rădăcini analitice ajung până în deceniul de după primul război mondial, moartea lui Jones este o mare pierdere personală.

¹⁰³ Publicat în *International Journal of Psycho-Analysis* (1958). Copyright @ Institutul de Psihanaliză

Jones s-a născut în South Wales. A fost educat la Școala Pregătitoare din Swansea și la Colegiul Universitar din Cardiff și s-a format medical la Spitalul Colegiului Universitar din Londra. Încă de la începutul vieții profesionale, Jones prezenta semne clare ale înzestrării sale excepționale. A fost unul din cei mai fini intelectuali, și, în același timp, a dovedit o înclinație puternică pentru a munci din greu și a se concentra asupra munci sale. Interesele lui din epoca de început priveau medicina clinică, chirurgia, neurologia, patologia, dar și psihiatria clinică, chiar dacă ultimul deceniu, așa cum știm acum, era atunci aproape inexistent. Cu siguranță prietenia cu Wilfred Trotter a fost importantă pentru el în această perioadă. Trotter și Jones s-au asociat pentru „descoperirea” lui Freud. Trotter era un coleg destinat să fie în linia întâi a chirurgiei și care a contribuit mai târziu la teoria despre comportamentul și legătura de grup. Prietenia lor era într-adevăr valoroasă în perioada în care Jones a început să-și dea seama că, așa cum descrie în autobiografia sa¹⁰⁴, din păcate, doctorii, chirurgii și psihiatrii nu voiau ca terenul lor să fie invadat de disciplina unei noi științe.

În 1910, Trotter s-a căsătorit cu sora lui Jones. Consolidarea și evoluția acestei prietenii sunt descrise pe larg în autobiografie.

Jones a absolvit în 1900 cu medalia de aur în medicină și obstetrică. În 1903 a primit din nou medalia de aur la examenul de masterat în Londra. A fost primit ca membru al Colegiului Regal al Medicilor în 1904 și i s-a acordat diploma de Sănătate Publică (Cambridge) în 1905. După absolvire, a făcut diverse consultații la Spitalul Colegiului Universitar, Londra; la Spitalul Național din Queen Square; la Spitalul pentru Copiii Bolnavi de pe str. Ormond; și la Spitalul Oftalmologic Regal – toate din Londra. A ocupat postul de patolog la Spitalul pentru Boli Nervoase din West End și a fost conferențiar în neurologie practică la Școala de Medicină Clinică din Londra. A devenit repede activ printre studenți și colegi, precum și la întâlnirile științifice, și, absolvind el însuși la o vârstă fragedă, a pregătit mulți tineri pentru masterat, în cadrul unui Colegiu Universitar prin Corespondență, în Red Lion Square, Londra, W. C., care era condus de dl E. S. Weymouth. A

¹⁰⁴ *Asociere liberă: Memoriile unui psihanalist* (Londra: Hogarth Press, 1959)

continuat astfel timp de aproape 20 de ani, chiar și când era în Canada, chiar dacă munca era riguroasă. În cele din urmă, soția lui, Katherine, l-a convins să se cruțe în această privință.

Jones a început să publice devreme, constant și mult, așa cum arată lista operelor sale publicate (vezi bibliografia lui Grinstein)¹⁰⁵.

Ar fi poate interesant să-i studiem scrierile acestei etape timpurii, când apare deja dovada imensei lui puteri de aplicație și a lecturilor numeroase care sunt asociate întregii sale opere scrise. În 1907, într-un articol despre „Ciroza alcoolică a ficatului la copii”¹⁰⁶, Jones a menționat 185 de referințe! Un alt exemplu ilustrativ pentru amploarea muncii lui Jones în pregătirea unui articol este „Problema părții afectate în hemiplegie, în leziunile arteriale ale creierului”¹⁰⁷. Scopul acestei lucrări era să prezinte o eroare în predarea din acea vreme, conform căreia leziunea hemiplegiei poate fi găsită mai frecvent pe o anumită parte decât pe cealaltă. Jones citează 5.281 de cazuri publicate, iar articolul se încheie cu 7 pagini de referințe scrise mărunt, în total aproape 1.000!

Aceeași grijă față de opera publicată apare și mai târziu, în cartea „Despre coșmar”¹⁰⁸, în lucrarea „Semnificația simbolică a sării”¹⁰⁹, precum și în multe alte cărți și articole.

Ne putem întreba ce s-ar fi întâmplat dacă Jones nu ar fi venit în contact cu opera lui Freud. Și-ar fi exploatat oare capacitatea intelectuală și ar fi pierdut legătura cu problemele obișnuite ale trăirilor? Să ne aruncăm o privire asupra lucrării „Semnificația senzației frictopatie”¹¹⁰. Lucrarea se termină astfel:

„*Concluzie.* Senzațiile prezentând cele 6 trăsături grupate aici sub denumirea de frictopatie, se datorează unui clivaj între sensibilitățile estetice și sentimentele-memorie autosomatognostice ale unei părți a corpului, care rezultă din dezagregarea isterică ce implică grupul ultim de procese mintale; gradul în care trăsăturile sunt marcate reprezintă o măsură atentă a întinderii acestui clivaj.”

¹⁰⁵ Alexander Grinstein, *Indexul scrierilor psihanalitice*, prefața de Ernest Jones, vol. 2 (New York: International University Press, 1957)

¹⁰⁶ *Jurnalul Britanic al Bolilor la Copii* (1907)

¹⁰⁷ *Jurnalul Trimestrial de Medicină* 3, nr. 11 (1910)

¹⁰⁸ Londra: Hogarth Press, 1931

¹⁰⁹ *Eseuri de psihanaliză aplicată*, vol. 2 (Londra: Hogarth Press, 1951), pg 22

¹¹⁰ *Jurnalul Bolilor Nervoase și Mintale* 35, nr. 7 (1908)

În scrierile următoare, Jones pare să evite tocmai tipul de inteligență specializată care este ilustrată aici.

Este chiar epoca în care Jones asimila opera lui Freud. Își însușise limba germană și, prin studii post-universitare la Munchen, se familiarizase cu neurologia și psihiatria germană. În anul următor, 1909, a oferit o prezentare pentru „Journal of Abnormal Psychology”. Cu siguranță, psihanaliza, și noul interes pentru viața emoțională a individului l-au transformat profund.

În paranteză fie spus, cuvântul „frictopatic” pare să fi fost propria lui invenție. Trebuie subliniat că Jones nu era înclinat să instituie termeni noi și era critic cu cei care făceau asta prea ușor. Totuși, termenul lui de „raționalizare” face parte acum din limba engleză, iar importanța termenului „aphanisis” nu a fost în întregime explorată.

A urmat o serie de lovituri grele care i-a întrerupt cariera în Londra, și suntem norocoși că avem o descriere exactă a acestora în autobiografie, deoarece ele au modificat modul în care Jones a fost văzut timp de mulți ani până când cei implicați în acestea două au murit. Într-o încercare de a se reabilita, Jones a lucrat în Canada între 1908 și 1912, cu ajutorul lui Osler. Acolo a devenit profesor asociat de psihiatrie la Universitatea din Toronto. În același timp, a rămas în legătură cu Freud și cu grupul care începuse să se formeze în jurul acestuia și a operei sale în Viena. Versiunea sa despre relația cu Freud din acea vreme, precum și despre dragostea lui pentru Europa și hotărârea sa de a se întoarce în cele din urmă pentru a lucra la Londra poate fi găsită în biografia lui Freud pe care a scris-o.

În Canada, Jones a fost în contact cu neurologi și psihiatri din SUA. A devenit redactor-adjunct la nou înființatul „Jornal of Abnormal Psychology” al Editurii Morton Prince, un jurnal care (datorită lui Morton Prince) „accepta lucrări psihanalitice pe când alte periodice le găseau rușinoase” (Autobiografie).

Jones l-a întâlnit și l-a însoțit pe Freud atunci când acesta a venit în vizită în SUA, pentru a conferența la Universitatea Clark.

În SUA, Jones a fost parțial implicat în înființarea Asociației Americane de Psihopatologie (1910). În timp ce Brill iniția Societatea Psihanalitică din New York, Jones a organizat Asociația Psihanalitică Americană, pentru psihanaliștii risipiți pe întreg cuprinsul Statelor Unite (Autobiografie).

Primul război mondial l-a izolat pe Jones de ceilalți analiști. În această perioadă, el a contribuit mult la subiectul terapiilor prin electroșoc. Când au reînnoit legătura, Freud a raportat rezultate asemănătoare celor ale lui Jones; primul a fost publicat în limba germană de Ferenczi și de alții. I s-a datorat în mare parte lui Jones faptul că s-a reînnoit un schimb științific între psihanaliștii țărilor foste inamice, imediat ce a fost posibil după încetarea ostilităților.

În timpul războiului, Jones a practicat psihanaliza pe cont propriu în Londra și a acționat pentru formarea Grupului Britanic. A format Societatea Psihanaliștilor din Londra în 1913, dar a dizolvat-o în cele din urmă, deoarece unul dintre membrii ei importanți se arată favorabil lui Jung. Reconstituită în 1919, ea a fost numită Societatea Psihanalitică Britanică, avându-l pe Jones ca președinte, pe dr. Douglas Bryan ca secretar și pe dr. W. H. B. Stoddart ca trezorier. Ceilalți membrii fondatori erau dr. H. Devine, dl. Eric Hiller, dr. David Forsyth, dl. J. C. Flugel, dra Barbara Low, dna Joan Riviere și maiorul Stanford Read. În anii de după război, mulți oameni au devenit interesați și s-au înscris în organizație. Printre aceștia erau dr. R. M. Riggall, dr. James Glover, dr. John Rickman, dra Ella Sharpe, dl. James și dna Alix Strachey, dr. Edward Glover și dr. Sylvia Paine. Împreună cu dr. Rickman, dr. Jones a înființat International Psycho-Analytical Press, în colaborare cu Hogarth Press, și a fondat International Journal, pe care l-a editat din 1920 până în 1939, la început cu ajutorul lui Joan Riviere ca editor-traducător răspunzând de traducerile din germană.

Cam în același timp, Societatea Psihologică Britanică trecea prin profunde transformări. După cum spunea Jones:

„Flugel era secretar, iar eu eram președintele Consiliului. Un obiectiv al nostru a fost înființarea unei secțiuni medicale speciale, care s-a dovedit un forum valoros pentru discutarea ideilor noastre

cu alți doctori psihologi. Pentru a-i crește prestigiul, l-am ales pe W. H. R. Rivers, distinsul antropolog, ca primul președinte, dar următorii 7 președinți au fost toți psihanaliști, cum au mai fost mulți alții de-atunci.”¹¹¹

În acest timp, Jones începuse să practice pe cont propriu, stabilind pașii pentru psihanaliștii care, de-atunci, au combinat consultațiile de tip specializat cu practica analitică. Jones a jucat rolul principal în stabilirea schemei didactice care a fost oficial adoptată pentru psihanaliza din această țară. Pe atunci existau destule resentimente, deoarece anumiți practicanți importanți și pricepuți în psihiatrie, care au dorit să fie membri ai Societății, nu au putut fi acceptați decât în urma unei analize didactice, care nu diferă foarte mult de o analiză terapeutică. Unele dintre efectele acesteia le constatăm și azi. Vedem azi cât de necesar era să fie stabilit principiul conform căruia exigența principală în formare este analiza personală. Acesta este doar un exemplu al modului în care Jones și-a folosit toate puterile pentru a-l susține pe Freud și psihanaliza, într-un moment în care psihanaliza era în curs de definire și nu i se cunoșteau exact principiile care trebuiau să stea la baza programelor de formare a viitorilor analiști.

Se poate spune că Jones l-a admirat pe Freud și a crezut în munca lui, la fel de mult cum Freud a crezut în el. Aprecierea lui Jones se pare că a fost corectă și, drept urmare, el a putut contribui în mod esențial în acele vremuri timpurii. Nu putem fi siguri azică fără el am fi avut o politică didactică acceptată.

Studentii care au fost pregătiți să facă analiză și să-i fie discipoli au descoperit în Jones un profesor ager, gata să le înțeleagă angoasele și să îi ajute practic și cu sfaturi.

În timpul celor două decenii dintre războaie, pe când Societatea se înființa și își dezvoltă, ca să spunem așa, o personalitate, și în timp ce Institutul se organiza, Jones era întotdeauna acolo la comandă. Rar avea loc o întâlnire științifică sau de comitet la care Jones să fie absent.

În 1940, din cauza războiului, Jones s-a hotărât să locuiască lângă Midhurst, dar a rămas în legătură cu Societatea și cu analiștii care lucrau la clinică. Și-a dat demisia din funcția de președinte în 1944,

¹¹¹ Sigmund Freud: *Viața și opera*, vol. 3 (Londra: Hogarth Press, 1957), pg. 12

pentru că a dorit să nu se întoarcă la Londra, ci să se dedice scrierii, continuându-și în același timp practica privată cu un număr de pacienți care locuiau la țară. Astfel, și-a putut folosi la maxim talentul literar. Munca executivă putea fi lăsată acum în seama altora. Ar fi fost dificil pentru Jones să-și părăsească poziția centrală, deoarece era singurul care cunoștea istoria dezvoltării Societății și pentru că era o parte din istoria ei. Cum era să prevadă că Societatea va continua să-și dispute lucrurile pe care el personal le-a clarificat și pentru principiile pe care deja le stabilise?

Jones a trecut în poziția de membru fondator, lăsând responsabilitatea treburilor Societății pe umerii celor care erau dornici. A urmat o democratizare a afacerilor Societății, ceea ce s-a dovedit un lucru bun pentru sănătatea acesteia.

În cele două decenii interbelice, Jones a dus o viață științifică și particulară foarte plină. Prima lui soție, Morfydd Owen, o talentată muziciană din Țara Galilor, a murit în 1918 și nu au avut copii. Jones s-a căsătorit cu Katherine Jokl în 1919 și împreună i-au avut pe: Gwenith, Mervyn, Nesta și Lewis.

E greu de înțeles cum a putut Jones să facă atât de multe în acești 20 de ani, ducând și o viață familială alături de copii, ținând sub control rapida extindere a Societății Britanice de Psihanaliză, rămânând în contact permanent cu Freud și cu grupurile continentale și, în același timp, fiind în strânsă legătură cu evoluțiile rapide din SUA.

Una din cele mai importante realizări practice ale lui Jones a fost stabilirea cuvântului „psihanaliză” drept ceva acceptat în Anglia, atunci când se făcea referire la Freud și la metoda acestuia. Pentru a ajunge la acest rezultat, Jones și Edward Glover au participat la multe întâlniri sub auspiciile Asociației Medicale Britanice și au reușit să-i facă pe medicii din Marea Britanie să accepte legătura dintre termenul „psihanaliză” și numele lui Freud. Când Societatea Psihanalitică Britanică l-a întrebat pe Jones în 1928 ce și-ar dori drept cadou pentru a sărbători această realizare, el a răspuns că vrea un scaun care să fie folosit de președinte la întâlnirile științifice. Acceptând scaunul în cadrul unei mici ceremonii, a spus că nu ar fi ajuns la acest rezultat fără ajutorul a două persoane: Edward Glover și soția sa Katherine. Cu această ocazie a făcut un act ratat care a stârnit

amuzamentul. A spus că e sigur că acest cadou va fi apreciat nu doar de el, ci și de predecesorii lui în acel scaun.

La această ceremonie se referă dr. Sylvia Paine în discursul rostit cu ocazia prezentării portretului lui Ernest Jones, în iulie 1946. Portretul realizat de Rodrigo Moynihan se află acum în clădirea Societății Britanice de Psihanaliză.

Acceptând portretul, Jones a ținut un discurs de adio în fața Societății Britanice de Psihanaliză. Această întâlnire va fi rememorată ca o ocazie eminamente lipsită de emoții și, deși era poate un moment al tristeții, nici unul din cei prezenți nu a fost trist. Și-a încheiat discursul cu o afirmare a credinței lui în puterea supremă a adevărului, care i-a permis să „susțină cu încredere o mai mare toleranță față de diversitate sau față de divergențele care apar uneori.” ¹¹²

Opera științifică a lui Jones este binecunoscută și este din toate punctele de vedere la fel de actuală și de valoroasă pentru studenții de azi ca atunci când a fost prezentată sau scrisă. Ne putem face o idee despre influența pe care Jones trebuie să o fi avut atunci studiind o listă a numeroaselor societăți și organizații „din afară” cărora li s-a adresat, deși cele mai multe dintre lucrările lui au fost scrise fie pentru *Journal*, fie pentru diverse societăți psihanalitice din Anglia sau din SUA, sau pentru Societatea Britanică de Psihologie și secția ei medicală. A te adresa unor grupuri în acest fel presupunea sacrificarea timpului liber, și ne întrebăm cum găsea Jones timp pentru numeroasele sale activități, inclusiv pentru patinaj, împreună cu soția lui Katherine, pentru șah și, în mod special, pentru lectură. A fost întotdeauna un mare cititor și reținea foarte bine ceea ce citea. Orice ar fi avut de făcut, întotdeauna citea o jumătate de oră înainte de a se culca, alegând mai mult lecturi de istorie și subiecte conexe. Rar citea beletristică. Dormea bine și nu folosea lectura ca pe un sedativ.

Spre sfârșitul anilor 30, după cum se știe, Jones era preocupat să-l aducă pe Freud și familia lui, precum și pe alți analiști (cam 50 în total) în țara sa, departe de persecuția nazistă. Aceste activități ilustrează comentariul lui Joan Riviere care a scris că o trăsătură de succes a personalității lui Jones

a fost capacitatea lui deosebită de a acționa: „neoprit de obstacole, și-ar folosi toată energia și toate mijloacele pentru a-și atinge scopul ultim... Tot ce e necesar trebuie făcut și va fi făcut.”¹¹³

Retras la The Plat, Elsted, frumoasa casa din Sussex cu vedere la South Downs, Jones a trăit într-o opulență de invidiat și mulți analiști l-au vizitat acolo. La pensie, a fost liber să se ocupe de viața de familie și să îngrijească trandafiri, dar și să citească mai mult, să scrie și să redacteze lucrări spre publicare, continuând în tot acest timp practica psihanalitică privată. A continuat să fie redactor al International Psycho-Analytic Library și să publice astfel al cincizecilea volum.

În 1947, Jones a fost invitat să se ocupe de biografia lui Freud. Aceasta nu era o decizie ușoară și a discutat cu soția lui, Katherine, înainte de a accepta. Întâmplător, acest lucru a însemnat o amânare a autobiografiei, pe care dorea să o scrie, dar pe care nu a terminat-o niciodată. Se spune că soția lui a dactilografiat 1500 de scrisori personale ale lui Freud, toate scrise în germană! A făcut asta pentru că Jones a spus că are memorie vizuală și că nu s-ar putea folosi cum trebuie de scrisori dacă ar fi nevoit să lucreze la fiecare scrisoare ca să o înțeleagă. Biografia, un act final de devotament față de Freud și față de psihanaliză, față de psihanalistii viitorului, a fost realizată în pofida unei sănătăți care se șubrezea și a unei tromboze coronariene în 1947. Nu s-a mai refăcut după a doua tromboză coronariană din 1947, deși a avut unele perioade mai bune și altele mai rele. Obișnuia să spună ce norocos a fost în privința sănătății fizice, dar de fapt noțiunea de sănătate era diferită pentru el. Suferea de o maladie sanguină genetică, boala Gaucher, dar asta nu a fost un inconvenient prea mare pentru el. Suferea, pe de altă parte, de reumatism cronic, din care cauză tot timpul avea dureri. În final, a avut cancer de vezică (prin ianuarie 1956). S-a recuperat de cancer prin tratamente locale, atât cât să poată calatori în America (aprilie 1956), unde a susținut trei conferințe la Centenarul Freud.¹¹⁴ Acestea au fost: „Natura geniului” (New York), „Atitudinea noastră față de măreție” (Chicago), și „Psihiatria înainte și după Freud” (Chicago). Totuși, suferea foarte tare datorită dezvoltării cancerului care, în cele din urmă, i-a provocat moartea. Intensitatea durerii sale este

¹¹² “Un discours de adieu”, International Journal of Psychoanalysis 27 (1946)

¹¹³ Necrolog, Jurnalul Britanic Medical, 22 februarie 1958

evidentă pentru oricine citește scurtul lui comentariu despre durere din *Journal*, din lunile mai-august 1957¹¹⁵.

La întoarcerea din SUA, a condus celebrările Centenarului Freud din Londra, dezvelind plăcuța casei lui Freud, la numărul 20 pe Maresfield Gardens, reluând cele două conferințe, „Natura geniului” și „Atitudinea noastră față de măreție”, și vorbind și la radio (BBC) despre „Sigmund Freud: Omul și realizările sale”. Există o înregistrare radiofonică a acesteia, care ilustrează admirabil capacitatea lui Jones de a se ridica la înălțimea ocaziei.

Cei care nu l-au întâlnit pe Ernest Jones ar dori să alfe cum era. Din punct de vedere fizic, era mic de statură ca mulți alți galezi; aveau un cap destul de mare, un ten palid și ochi căprui pătrunzători. Vibra cu o sensibilitate receptivă la mediului înconjurător și la ceea ce îl interesa în momentul respectiv. Privindu-i ochii și gura atunci când citea o lucrare, îi ghiceai trăirile și în special modul lui rapid de a detecta o idee nouă. Nu era o persoană cu care să stai fără să schimbi o idee, precum cu un pescar pe chei. Dar nu stătea la taifas. Acasă se odihnea și se relaxa mintal; la un contact obișnuit cu el, îi observai interesul viu față de tot ce îl preocupa și rapida înțelegere a ce era bun și ce era rău sau fals. Îi plăcea să se implice în orice se putea dovedi valoros și acest lucru îi dădea un fler anume pentru depistarea originalității și dorința de a susține idei noi. Interesul lui pentru ce era nou se reflectă în una din contribuțiile sale importante pe care le-a adus în această țară, mai precis, în invitația făcută lui Melanie Klein de a lucra în Londra și în încurajarea muncii ei, în special în prima decadă de după sosirea ei în 1926.

Ideile erau pentru Jones mai presus de orice și trebuia să fie testate. Joan Riviere scrie că o trăsătură importantă a caracterului lui consta în

„o acută facultate de percepție, de pătrundere - o înclinație de a recunoaște evidențele valorii intrinseci, când și unde apăreau, și de a răspunde afirmativ cu un instinct sigur, acelei recunoașteri. Puterea și persistența acestei trăsături au constituit resortul muncii lui; i-au dominat și i-au depășit

¹¹⁴ *Sigmund Freud: Patru adrese centenare* (New York: Basic Books, 1956)

¹¹⁵ *International Journal of Psycho-Analysis* 38 (1957)

inhibițiile care ne fac pe mulți dintre noi să trecem cu vederea sau să pierdem legătura cu diverse lucruri bune care ne sunt accesibile. Această capacitate de a recunoaște valoarea nu a fost deloc limitată la aprecierea pe care a dat-o operei lui Freud, ci a jucat un rol important și în modul în care și-a asumat rolul de lider, oferindu-i lui Jones șansa de a folosi elemente de la diferite persoane aparținând unor tipuri foarte diferite, de multe ori conflictuale, pentru a-și atinge scopul principal pe care îl avea în vedere. A fost în mod evident și sursa unei alte caracteristici ale sale - paleta sa largă de interese.”¹¹⁶

Trebuie să facem referire la faptul că cei care au venit în contact cu Ernest Jones erau frecvent deranjați de modul în care el se relaționa. Nu e ușor să știm exact ce simțeau oamenii, dar orice era, trebuia acceptat. Mama lui i-a spus că are o limbă ascuțită. Rapiditatea sa celtică nu era mereu egalată de una asemănătoare la interlocutor, iar aceasta ducea ușor la un moment de stânjeneală, cu impresia că ceva a mers greșit, când de fapt totul mergea bine. Jones avea o înțelegere pătrunzătoare a tuturor subiectelor care îl interesau și părea că așteaptă o pregătire similară din partea interlocutorilor; când ceilalți nu înțelegeau subiectele într-un mod comparabil cu al lui, aveau sentimentul unei inferiorități intelectuale, care uneori era bine reală.

Se pune întrebarea: cât de profundă era în structura personalității sale acest fel acerb de a fi? Jones poate fi mai bine înțeles citindu-i autobiografia, care arată uimitoarea creștere a lumii lui, pornind din orașul Gower, către lumea psihanalizei. Pe lângă un asemenea studiu, anumite răspunsuri pot fi date de o privire generală asupra operelor lui, pentru că se poate spune cu siguranță că în eseurile și în conferințele lui Jones există foarte puține semne de amărăciune sau de surclasare isteasă a perspectivelor, și asta indică faptul că felul său acerb era un fenomen relativ superficial. Acesta poate fi perceput poate doar în lucrarea „Complexul lui Dumnezeu”¹¹⁷, care a afectat cu siguranță contactele sociale ale lui Jones în afara familiei și care ar putea fi pusă în legătură cu trăsăturile pe

¹¹⁶ Necrolog, *Jurnalul Britanic de Medicină*

¹¹⁷ *Eseuri de psihanaliză aplicată*, vol. 2, pg. 244

care singur admite că le-a arătat la începutul vieții lui profesionale. Pe măsură ce a înaintat în vârstă, a părut mai capabil să-și ascundă această trăsătură.

Trebuie reamintit că Jones nu numai că a suportat oprobiul în urma rezistenței publice de la început față de teoria sexualității infantile, dar el a fost cel care a descoperit această rezistență, cel puțin atât cât ea era o realitate în Anglia. El ar fi trebuit să fie luat prin surprindere și să se simtă ostracizat profesional. Puțini și-ar fi revenit din experiențe ca cele ale lui Jones. Această izolare se poate să fi determinat modul în care intra în contact personal, care le părea unora ca un atac spre propria apărare, pe când era probabil vorba de un atac menit să stimuleze un răspuns semnificativ.

În legătură cu aceasta, este instructiv să recitim paragraful oferit de Jones lui Freud ca potrivit pentru *Moise și monoteismul*, lucrare care urma să fie publicat în Anglia. Acest paragraf nu conține vreo mențiune la reacția englezilor față de ideea sexualității în copilărie, ci se referă doar la toleranța religioasă care caracterizează această țară.

„În nici o altă țară europeană nu se arată o mai mare toleranță față de descoperirile psihanalizei ca în Anglia. Aceasta concordă cu încrederea ei profundă în importanța libertății de gândire. Or, de câteva secole există o tradiție englezească, conform căreia discuțiile deschise și sincere despre probleme teologice și religioase să fie parte a acestei libertăți; într-adevăr, din punct de vedere istoric, aceste discuții au stat la originea acestei libertăți.”¹¹⁸

O afirmație generoasă pentru cineva care a suferit ostracismul profesional!

E imposibil să subliniem suficient generozitatea și bunătatea din spatele unei atitudini care de multe ori era dură. Grija, plină de dragoste, cu care se ocupa de manuscrisele care îi erau trimise de colegi din întreaga lume era uimitoare; era gata să laude atunci când simțea că trebuie. Entuziasmul față de instaurarea psihanalizei ca știință era constant și coexistă cu un dispreț față de mediocritate, în special în special față de cea dintr-o lucrare științifică.

Cam în vremea în care majoritatea analiștilor care trăiesc acum au ajuns să-l cunoască, Jones a fost liber să se elibereze de sarcina apărării psihanalizei și de nevoia de a-și asigura poziția personală în

lume. Era acum ușor pentru oricine cu intenții serioase să obțină repede aprecierea călduroasă a lui Jones și să-i trezească nerăbdarea lui de a susține și de-a ajuta. A continuat, bineînțeles, să-și arate intoleranța față de analiștii care încercau să evite implicațiile inconștientului și să-i critice pe cei care, prin activitățile lor de propagandă, își trădau îndoielile inconștiente.

Privind un astfel de om și luând în considerare contribuția lui de-a lungul unei jumătăți de secol, e firesc să ne gândim la cadrul în care a lucrat. Soția lui, Katherine, a jucat un rol foarte important în viața sa, oferindu-i liniște și fericire și participând activ la interesele lui.

II. Discurs funerar

*Susținut la Crematoriul Golders Green, 14 februarie 1958*¹¹⁹

În calitate de președinte al Societății Britanice de Psihanaliză, îmi revine mie să reprezint Societatea în acest moment solemn.

La sfârșitul îndelungatei sale vieți, ne-am adunat aici pentru a aduce omagiu unui om de un calibru excepțional. A murit la 79 de ani, prea devreme însă. Era în deplinătatea puterilor sale și mai putea lucra în continuare, dacă boala nu ar fi oprit înceata, dar inevitabila înaintare în vârstă. Acesta este singurul nostru regret. În rest, vreau să spun că am fost martorii unei vieți pline, trăită la maximum.

Ernest Jones a fost galez, născut în Țara Galilor. E un lucru obișnuit pentru Țara Galilor să dea bărbați și femei cu mari personalități și minți luminate. Risipiți prin satele galeze, sunt filosofi și cărturari care au ajuns la o faimă locală. Din când în când, din diferite motive, se ajunge la o comunitate mai mare și apoi, ca în cazul lui Jones, nu doar Marea Britanie, ci întreaga lume devine decorul firesc în care se joacă drama vieții omului.

¹¹⁸ Ibid., prefața

¹¹⁹ Publicat în *International Journal of Psycho-Analysis* (1958) Copyright Institutul de Psihanaliză

Jones însuși a sugerat faptul că a fost un galez în comunitatea britanică l-a făcut să înțeleagă mai bine ca alții poziția specială a rasei evreiești, al cărui distins membru era Freud.

A fost, probabil, evident de la început că Jones este excepțional înzestrat. Nu am mărturii despre anii lui de școală. Când s-a specializat ca medic la Spitalul Colegiului Universitar, unde a și murit în final, avea reputația unui medaliat cu aur la diferite materii și ar fi ajuns cu siguranță eminent în orice domeniu și-ar fi ales. Jones era cu siguranță unul dintre marii creatorii lumii. Capacitatea lui de a lucra, întotdeauna în mare viteză, era fenomenală și îi plăcea să ducă al bun sfârșit o sarcină, cum dovedesc cele optzeci de lucrări strânse în cele cinci ediții ale eseurilor sale, fiecare eseu fiind o capodoperă.

Capacitatea lui de a citi și de a-și aminti ceea ce a citit era imensă și așa a rămas până la sfârșitul vieții. Jones era printre primii nu doar în munca lui. Avea multe interese personale și pare că întotdeauna a reușit să-și lase amprenta asupra a ceea ce făcea. Unul din dezavantajele îndelungatei sale vieți este acela că cei care au fost asociați cu el la începutul carierei sale sunt acum în mare parte decedați. Jones începuse să-și scrie autobiografia și să sperăm că a avut timp să noteze multe detalii care ne vor fi de folos nouă, ca studenți ai acestui mare om, în încercarea de a înțelege încă un exemplu de geniu. Când Jones a apărut în biografia lui Freud, trecuse prin multe. În 1908, când a venit ca invitat la Societatea de Psihologie de Miercuri, Jones avea 29 de ani.

Nu pot decât să-mi imaginez tinerețea strălucitului medic, ce părea să aibă lumea neurologiei la picioare, dar care a ales să lucreze cu Freud, devenind astfel nepopular printre colegii medici. E important pentru noi, atunci când ne gândim la Jones, să ne amintim că a fost necesar ca el să înfrunte o furtună a abuzului. La începutul anilor 1920, când am apărut și eu pe scenă, am găsit breasla medicală ostilă lui Jones, iar această ostilitate și-a găsit expresia directă în amânarea pe termen nedefinit a alegerii lui ca membru al Colegiului Regal al Medicilor. Dacă nu recunoaștem adversitățile breslei medicale de atunci față de Jones și față de psihanaliză, nu putem stabili cu claritate contribuția lui la psihanaliza acestei țări.

Încet-încet, climatul s-a schimbat și, dacă cineva este azi psihanalist, nu trebuie să o mai ascundă. Jones a avut susținerea prietenilor, dar trebuie presupus că ostilitatea generală din partea colegilor lui de profesie era un mare motiv de supărare pentru el. El, ca mulți alții, ar fi dorit o recunoaștere timpurie a valorii sale. Desigur, nu era un sfânt. Cu siguranță că își dorea să fie plăcut și cunoscut la vremea sa, dar i-a fost necesar să rămână aproape necunoscut câteva decenii. Acesta a fost prețul pe care l-a plătit pentru recunoașterea rapidă a importanței lui Freud și pentru loialitatea neșovăielnică față de maestrul ales. Sigur, dacă avem în vedere ambiția personală, trebuie să-l admirăm pe Ernest Jones nu doar pentru că era mulțumit, ci pentru că era și mândru să lucreze cu cineva pe care îl considera mai mare decât el din toate punctele de vedere.

E dificil să ne imaginăm o colaborare mai fructuoasă între două persoane decât cea dintre Jones și Freud. Aș spune că nu semănau. Inteligența lui Jones avea o margine ascuțită care nu se regăsea la Freud, așa cum ni l-a descris Jones. Jones nu îl idealiza pe Freud. A sesizat valoarea și originalitatea contribuției lui. A ajutat la construirea unui cadru în care noile idei să poată fi discutate și dezvoltate, și a contribuit foarte mult la acest cadru psihanalitic.

Lui Ernest Jones îi datorăm introducerea operei lui Freud în Anglia și înființarea Societății noastre științifice. Jones a fondat *Jurnalul* nostru, și 50 de cărți au fost publicate în timp ce era redactor la Biblioteca Internațională de Psihanaliză. Dar acum suntem interesați nu să facem o listă a contribuțiilor sale, cât să ne amintim omul.

A fost tipic și de bun simț pentru Ernest Jones să se retragă la țară când încă se mai putea bucura de viața de familie și de grădina sa. Chiar și așa, a continuat să lucreze la fel de mult, consultând pacienți, citind și scriind. La domeniul The Plat, Elsted, familia a crescut în jurul lui, iar cei care i-au vizitat casa s-au simțit mereu îmbogățiți de această experiență. Cu siguranță, nu mai aștepta nimic, dar, când avea deja 70 de ani, i-a revenit marele privilegiu și imensa datorie de a scrie biografia lui Freud și istoria dezvoltării ideilor lui Freud. Pentru a scrie acestea, el și doamna Jones s-au „îmbibat” într-atât de Freud încât, mi s-a spus, puteau juca jocuri în care se întrebau ce ar fi

făcut Freud la o anumită dată, la ora 4 după-amiaza. Rezultatul acestui act final de devotament față de Freud este o biografie de faimă mondială.

Am ajuns acum la sfârșitul vieții acestui om. Societatea, membrii ei, membrii asociați, studenții și viitorii studenți doresc să-i transmită văduvei condoleanțe și toată dragostea noastră. O iubim pentru că l-am iubit pe Jones, dar și pentru ea însăși, fiindcă a fost fericită să-i fie soție, mama copiilor și partener în studiul lui Freud. Ne gândim și la cei trei copii, la noră și la nepoți, și vrem ca ei să știe că există ceva din Ernest Jones care dăinuiește în inimile noastre celor care l-am cunoscut. Ernest Jones va continua să fie important pentru toți cei din generațiile viitoare care vor beneficia direct de atitudinea avută în apărarea afirmației lui Freud că natura umană poate fi studiată științific; întreaga natură umană, fără excepție.

49

Dorothy Burlingham

Recenzie la „Un studiu despre trei perechi de gemeni identici”

1953

Sfatul meu pentru cei care se gândesc să încerce experimentul de a se naște gemeni data viitoare este să-și aleagă părinți care locuiesc lângă o bibliotecă. Puțini părinți și-ar permite să cumpere cartea dnei Burlingham, dar se pot bucura urmărind soarta celor trei perechi de gemeni identici a căror dezvoltare este scrupulos și clar prezentată în tabele. Astfel de tabele au costuri de publicare mari, dar sunt indispensabile aici, iar Imago Publishing Co. trebuie felicitată pentru această operă frumoasă și valoroasă.

Studiul reprezintă o înregistrare a muncii depuse și un comentariu, care înseamnă jumătate din carte, și se presupune că e destinat specialiștilor din domeniu, deoarece, la sfârșitul capitolelor, în concluziile personale, dna Burlingham folosește o serie de termeni care ar fi mai bine înțeleși de cei

care cunosc limbajul psihanalitic curent. Mă voi întoarce la acest aspect mai târziu, atunci când voi face note critice.

Dna Burlingham e cunoscută de mult timp pentru interesul special față de gemeni, nu doar în cazul celor trei seturi de gemeni identici despre care relatează aici. Așteptăm și o carte despre gemenii ne-identici. În acest volum, organizându-se cu grijă baza de date, ne sunt oferite fapte înregistrate în vremea raidurilor aeriene puternice, în mare parte de către persoane a căror relație cu țara și căminul a fost întreruptă brusc, astfel încât paralizia ar fi fost scuizabilă. Acest lucru nu e menționat în carte, atât doar că sunt referiri inevitabile la bombe, la adăposturile anti-aeriene și la separările inerente războiului.

Detalii din viața zilnică a copiilor sunt prezentate în așa fel încât, ajutați de tiparul în trei culori, putem urmări fără dificultate dezvoltarea fiecărui copil sau a fiecărei perechi și ajungem să-i cunoaștem destul de bine pe copii. Poate că e mai bine pentru cititor să înceapă cu graficele perechii de gemeni prezentate, pentru că aveau deja 3 ani și 7 luni când au început să fie observați, și te poți familiariza imediat urmărind dezvoltarea relațiilor interpersonale pozitive și negative, a vieții instinctuale și a organizării apărării în fața angoaselor și a conflictului intern intolerabil.

De exemplu, e ușor să observăm din grafice, urmărind culoarea și coloana potrivită, că Mary, la 3 ani și 11 luni, a preluat rolul de bărbat. La 4 ani, spunea „Eu sunt tati”. Cam la vârsta asta, fiind confruntată cu tatăl ei, ezita, în timp ce Madge alerga să-l întâmpine și să-l sărute. Această stare de fapt era legată de rolul de supunere jucat de Madge. După ce Mary s-a îmbolnăvit și a plecat, rolurile s-au inversat într-o anumită măsură. Atunci Madge a spus „Tati nu trebuie să fie ucis”. Aceasta este doar una dintre diversele teme care pot fi aflate din grafice de către cei care au șansa limitată de a studia chiar gemeni în dezvoltare, într-un mediu controlat, dar totuși omenos. Multe din observațiile asupra acestor copii ne amintesc de cele ale lui Susan Isaacs, Piaget, Gesell; ele sunt interesante, dar în mare parte înlocuite astăzi de observațiile directe făcute de studenți în practică. Exemple: Madge (5ani și 2 luni): „Azi va fi ieri mâine?”, ca un exemplu despre concepția copilului asupra timpului. Aceasta și alte observații asemănătoare au devenit mai valoroase pentru că sunt

legate de climatul emoțional și mediul înconjurător (în acest caz, absența lui Mary, geamăna, din cauza bolii).

Celelalte două grupuri de gemeni au fost aduse la creșa Hampstead la 4 luni. Bill și Bert, precum și Bessie și Jessie au fost evacuați împreună cu mamele lor imediat după naștere. Nici unul nu avea tată. Observarea acestora, începând cu primele luni, a oferit date care pot fi depășite doar de studiile psihanalitice complementare privind dezvoltarea teoriei creșterii emoționale a ființelor umane.

Prima întrebare care se pune este: când au devenit gemenii conștienți unul de celălalt? Bill și Bert au început să se observe unul pe celălalt la 7 luni, iar Jessie și Bessie la 8 luni. În fiecare caz a existat o diferență temporală între prima recunoaștere și recunoașterea reciprocă. Începutul de răspuns față de mamă a fost mai timpuriu, dar a fost dificil de sortat din răspunsul general, deoarece sugarii erau îngrijiți de surori care le erau și ele cunoscute. Cu acest important și competent comentariu, se poate spune ca ambii sugari (Bill și Bert) au observat vizita mamei de la 4 luni, care este cea mai timpurie observare. La Jessie și Bessie, răspunsul față de mamă a început câteva luni înainte să-și răspundă una alteia. La 4 luni, Jessie i-a zâmbit mamei și la 7 luni atât ea, cât și Bessie au avut contact cu ea, prin care înțeleg că au format o relație umană cu ea.

Aceste detalii arată întârzierea răspunsului reciproc observabil între gemenii acestor perechi și prezintă un interes separat de studiul pe gemeni. E clar că aceia care observau nu aveau

Un obiectiv clar, ci își notau zi de zi ceea ce auzeau sau vedeau.

Dau acest exemplu pentru a-i mări cititorului apetitul, astfel încât cartea sa fie citită și folosită în modul potrivit.

Dna Burlingham arată treptat că la gemeni nu există o asemănare înăscută. În curând, gemenii încep să se copieze. Se copiază din motive diferite și distincte, de exemplu pentru a-și face pe plac lor și mamei lor; pentru a-și distrage atenția; datorită unei dependențe de celălalt; datorită identificării cu unul, incluzându-l pe celălalt și imitându-l compulsiv; pentru a ajunge la un echilibru între a avea tot sau a renunța la tot, prin corectitudine și dorința de a fi tratat corect ș.a.m.d.

Pentru munca în echipă este o șansă unică în relația dintre gemeni, iar dna Burlingham afirmă că studiul gemenilor poate duce la originile noțiunii de bandă, cum ar fi cea a delincvenților.

La 2 ani și 5 luni, Jessie și Bessie au fost despărțite de boală. Bessie, atunci când i se spunea să se întindă, spunea: „Eu nu Bessie, eu Jessie”, și se întindea când i se spunea Jessie. Dna Burlingham subliniază identificarea cu obiectul iubit care a fost pierdut, un subiect prezentat aici și în alte părți din carte. Comentariul meu e că în cazul gemenilor partea magică a identificării este ușurată, ceea ce înseamnă că se poate evita partea imaginativă, așa încât e mai puțin vorba despre calitatea depresivă la reacție, aceasta din urmă depinzând mai mult de încorporare (imaginativă) decât de introiecție (magică). Rezultatul uneia este angoasa datorată elementelor distructive în ideea de încorporare, iar al celeilalte este simpla posesie de către obiectul nealterat al dragostei.

Ca o notă critică, aș preciza că unele dintre concluziile dnei Burlingham își pierd din efect datorită folosirii termenilor pentru un public restrâns. De exemplu (pp 16): „Pe baza principiului plăcerii, toți sugarii răspund la tot ce le dă senzația de plăcere...”. Termenul de „principiul plăcerii” aparține unui construct teoretic al lui Freud, iar cei care sunt familiarizați cu dezvoltarea teoriei psihanalitice vor înțelege la ce se referă. Dar termenul nu adaugă nimic nou și face sensul folosit de dna Burlingham susceptibil de a fi înțeles greșit, mai ales că paragraful se termină cu fraza „dorința de a plăcea *a deux*”, în care termenul plăcere e folosit cu sensul obișnuit și nu ca termen tehnic cu o conotație specifică. Ca termen tehnic, aparține unei perioade de teoretizare în care elementul căutării obiectului în experiența erotică timpurie a fost neglijat în scrierile psihanalitice, deși cred că nu și în practică.

Aș mai putea face câteva note critice de acest tip, dar cartea are o reală valoare și poate fi folosită ca sursă pentru studenți și ca exemplu pentru cei care trebuie să prezinte o cercetare detaliată.

Dna Burlingham acordă întreaga atenție ideii de gemeni și contrastelor dintre a fi geamăn și a-ți imagina că ești geamăn. De exemplu, până când gemenii încep să arate că s-au observat unul pe celălalt există destul timp pentru dezvoltarea emoțională bună sau nesatisfăcătoare. Dna Burlingham expune pe larg teoria relației gemenilor în termenii de relație interpersonală și ca ceva profund

influențat de aspectele de satisfacere sau de frustrare a situației triangulare obișnuite (părinți și copil), care este complexul Oedip. Dar gemenii sunt gemeni înainte de a se întregi ca ființă umană în relație cu alte ființe umane întregi. Există mult material în această carte pentru studierea acestor probleme foarte timpurii.

E bine să se înceapă cu studierea gemenilor ca persoane care s-au dezvoltat în aceste stadii timpurii (în care eșecul denotă o predispoziție la nebunie) până la stadiul complexului Oedip, în care eșecul înseamnă nevroză.

Deși sarcinile de început ale sugarului îmi par a nu fi suficient evidențiate în această carte, ele pot fi totuși relevante. Prin sarcini de început înțeleg următoarele: dezvoltarea sentimentului de sine ca unitate, integrarea personalității; dezvoltarea simțului de a exista într-un corp, de a-l ocupa în întregime, nici mai mult, nici mai puțin; precum și acceptarea treptată a naturii iluzorii a contactului emoțional dintre persoane, din care reiese că percepția obiectivă este doar un termen relativ, referindu-se la ceva care își pierde sensul de îndată ce este în contratimp cu procesul corespunzător de a percepție subiectivă sau de creativitate.

Știu că asta este o afirmație foarte personală, dar prin ea pot exprima ideea că există lucruri importante de învățat de la gemeni care pot ajuta la studierea rădăcinilor sănătății și nebuliei. Probabil că o dată în plus, cea care ne poate oferi ceea ce avem nevoie este psihanaliza, mai mult decât observarea directă. Am avut pentru mult timp doi pacienți gemeni în analiză și, în fiecare caz, ajutorul meu era necesar pentru o perioadă anterioară complexului Oedip.

Dna Burlingham mă va susține cu ușurință atunci când voi sublinia valoarea studiului psihanalitic ce trebuie să meargă împreună cu observarea directă și să o elucideze. Știu că s-a ocupat și de alți gemeni la care nu s-a referit în carte.

Ceea ce am scris pornind de la cartea ei nu-mi schimbă părerea despre carte, care nu are o pereche geamănă.

W. R. D. Fairbairn

Recenzie (scrisă împreună cu M. Masud R. Khan) la *Studii psihanalitice asupra personalității*¹²⁰

1953

Fairbairn a făcut o încercare sinceră și curajoasă de a revizui metapsihologia psihanalitică în lumina propriei experiențe clinice și a reflecțiilor sale din timpul unor sarcini terapeutice. Cititorul se va îmbogăți împărtășind evoluția treptată a unei teorii personale care este clar prezentată prin metoda ordinii cronologice în aranjarea hârtiilor. Fie că suntem sau nu de acord cu teoria lui Fairbairn, se poate câștiga mult din studiul modului său de a privi lucrurile.

Un recenzent se află într-o poziție mai puțin norocoasă decât un cititor obișnuit pentru că Fairbairn ridică o pretenție clară, iar această pretenție primește laude sau critici. Pretenția e că teoria lui Fairbairn o înlocuiește pe cea a lui Freud. Dacă Fairbairn are dreptate, atunci le vom preda studenților Fairbairn și nu Freud. Dacă ignori această afirmație a sa, te poți bucura de scrierile unui analist care provoacă totul, care pune faptul clinic înaintea teoriei acceptate și care nu este un adulator la un altar. Dar afirmația există. Întâmplător, Fairbairn scrie de parcă nu ar exista alți teoreticieni psihanaliști în afară de Freud, Abraham și Klein, așa încât o recenzie, pentru a fi completă, ar trebui să includă citate din alți autori pe care Fairbairn se pare că nu i-a luat în considerare. Nu vom încerca totuși așa ceva.

Prima lucrare, „Factorii schizoizi ai personalității” (1940), este poate cea mai incitantă și mai mulțumitoare lucrare din întreaga carte. Aici Fairbairn arată că înțelegerea stărilor, proceselor și sindroamelor schizoide, asta și nimic altceva, poate oferi o înțelegere a originilor și baza adevărată a personalității umane. Termenul „schizoid” cunoaște în mod firesc o deschidere vastă la acest autor, iar el e conștient că acoperă astfel aproape fiecare fațetă a existenței umane. Și chiar așa și este, conform autorului, deoarece (p. 8): „Fenomenul schizoid fundamental îl constituie prezența clivajului Eului...” iar „într-un fel sau altul, clivajul Eului este invariabil prezent la cel mai profund

nivel mintal - sau (pentru a exprima același lucru în termenii împrumutați de la Melanie Klein) poziția primară în psihic este invariabil poziția schizoidă.” Autorul adaugă: „Aceasta nu se aplică, bineînțeles, în cazul persoanei perfecte, din punct de vedere teoretic, a cărei dezvoltare a fost optimă; dar nu există nimeni care să se bucure de un asemenea noroc.” Dovezi că toată lumea, fără excepție, este schizoidă la nivelul cel mai profund, vin în parte din studiul viselor, deoarece toate figurile din vis „reprezintă fie (1) o parte din personalitatea visătorului, fie (2) un obiect cu care o parte din personalitatea lui are o relație, de obicei bazată pe o identificare, în realitatea internă.”

Autorul face observația că (pp. 8-9, 1940): „Faptul că visătorul este reprezentat în mod firesc în vis de mai mult de o figură nu poate fi interpretat decât că, la nivelul conștiinței visului, Eul celui care visează este clivat. Visul reprezintă astfel fenomenul schizoid universal.” Este important pentru cei ce studiază teoria lui Fairbairn să înțeleagă acest lucru, deoarece conceptele autorului despre structura psihică derivă din analiza visului (prezentat în p. 95 și urm., 1944); aici ajunge la concluzia că „visele sunt, în esență, nu împliniri ale dorințelor, ci dramatizări sau secvențe (în sens cinematografic) de situații care există în realitatea internă”, și că „reprezentările descrise în vise semnifică relații existente între structuri endopsihice; și același lucru se aplică situațiilor descrise în reveriile cu ochii deschiși”. Într-o lucrare mai timpurie (1931: „Analiza unui pacient cu o anomalie genitală”), studiind fenomenul personificării în visele pacientului, Fairbairn a ajuns la următoarea concluzie (p. 221): „Apariția personificărilor stabile în visele pacientului pare să indice maniera în care ia naștere fenomenul personalității multiple. Ne arată că aceste fenomene rezultă din invadarea câmpului conștient de constelații structurale funcționale, care se diferențiază în inconștient sub presiunea necesității economice. Mai arată și că diviziunea tripartită a minții realizată de Freud trebuie privită ca reprezentând o descriere a constelațiilor structurale caracteristice unei naturi similare, mai degrabă decât ca reprezentând o analiză a minții în entități componente.” Reducerea acestei “diviziuni tripartite a minții” la entități rigide, pe de-o parte, și la instituții antropomorfe,

¹²⁰ Londra: Tavistock, 1952. această recenzie a apărut în *International Journal of Psycho-Analysis* (1953). Copyright Institutul de Psihanaliză. Pentru comentarii ulterioare ale lui Winnicott despre Fairbairn, vezi Post scriptum la acest

pe de altă parte, este rezultatul altor teoreticieni analitici, decât Freud. În metapsihologia lui Freud, accentul cade pe proprietățile funcționale ale acestor structuri mintale ipotetice. Parcursul metodologic urmat de Dr. Fairbairn este foarte direct și simplu: de la personificări la obiecte interne și apoi la structuri endopsihice.

În trecut trebuie notat că, deși Fairbairn oferă o teorie globală, el nu oferă ipoteze care să explice trăsăturile visului în formarea lui. La fel, în teoria lui despre structura psihică nici măcar nu ia în considerare faptul că metapsihologia ar trebui să postuleze niște ipoteze despre funcționarea mintală, de exemplu memoria, halucinația. Freud a oferit o teorie bine definită a funcționării psihice în *Interpretarea viselor* (ultimul capitol), iar ipoteza lui că libidoul și procesele primare sunt reglate de principiul plăcere-durere derivă atât din acest domeniu de observație, cât și din studiul tulburărilor emoționale.

E posibil să te alegi cu ceva din contribuția lui Fairbairn la vise luând în considerare relația dintre conceptul lui de introiecție a obiectului rău, cu opera lui Freud despre compulsia la repetiție. Dacă obiectul rău introiectat (pentru a fi constrâns sau controlat) este o experiență dureroasă, de exemplu ceva sesizat, dar nu tolerat, atunci experiența introiectată cere atenție în mod repetat și dă naștere unui anumit tip de vis. Conceptul de compulsie la repetiție ne să înțelegem că, pentru a depăși compulsia la repetiție, pacientul trebuie să redescopere situația dureroasă externă, așa cum a fost sesizată la început, chiar dacă atunci nu putea fi tolerată ca un fenomen în afara controlului omnipotent.

Dar deja mergem prea departe. Trebuie să ne întoarcem și să examinăm ceea ce autorul consideră a fi starea de fapt în copilărie, chiar atunci când operează procesul schizoid și când sunt create stările schizoide care apar mai târziu. Există mult material valoros în partea din carte în care este tratat acest subiect.

Interesul nostru principal trebuie să fie teoria autorului despre structurile endopsihice. Pornind de la cercetările făcute asupra fenomenului schizoid de către Freud, Bleuler, Abraham, autorul ajunge la

concluzia că, dacă manifestările clinice ale ordinii schizoide au un punct de fixație în faza orală primară, atunci cu siguranță că există o legătură foarte strânsă între clivajul Eului și o atitudine libidinală de încorporare orală; de fapt, o fixație din faza orală primară joacă un rol important în stabilirea tiparului atitudinii schizoide.

În pruncie, „prima relație socială stabilită de individ este cea cu mama sa; iar miezul acestei relații este starea de supt, când sânul mamei oferă punctul central al propriei atitudini libidinale.” În acest citat (1940) întâlnim deja toate caracteristicile modului în care Fairbairn privește sugarul (asta dacă se uită cu adevărat la un bebeluș) și care vor duce la construcția sa teoretică finală. Aici trebuie remarcată desemnarea relației mamă-copil ca o „relație socială”, ecuația sugarului cu individul adult care va fi și el, caracterizarea sânelui ca „obiectul lui (al sugarului) libidinal” și atribuirea unei „atitudini libidinale” gurii sugarului.

S-ar putea crede că autorul verbalizează o stare preverbală primară, dar cercetarea ipotezei dezvoltate îi va arăta cititorului că aceasta nu poate fi luată în calcul pentru ceea ce urmează. Fairbairn începe cu un sugar ca o ființă umană întreagă, care experimentează relația cu sânul ca un obiect separat, un obiect pe care l-a experimentat și despre care are idei complicate (pg. 11). Acest mod de lucru îl face pe autor să teoretizeze categoric ca “libidoul înseamnă căutarea obiectului” etc. Dar tot autorul, așa cum vom vedea mai târziu, găsește că e dificil să mențină aceste perspective în care sugarul este întotdeauna o entitate separată, căutând obiecte din cadrul propriei existențe ca entitate.

Pentru a ne întoarce la text: Fairbairn enunță patru trăsături principale ale acestei atitudini orale (pp. 11-12):

„1. Deși relația emoțională pe care o avem în vedere este esențial între copil și mama sa ca persoană și, deși trebuie recunoscut că obiectul lui libidinal este chiar mama lui ca întreg, cu siguranță că interesul lui libidinal este esențial centrat pe sânul ei; iar rezultatul este că, în măsura în care apar dereglări ale relației, sânul în sine tinde să-și asume rolul obiectului libidinal; de exemplu, obiectul

libidinal tinde să ia forma unui organ al corpului sau a unui obiect parțial (și nu pe cea a unei persoane sau al unui obiect întreg).

2. Atitudinea libidinală este esențial una în care aspectul de « a lua » predomină asupra celui de « a da ».

3. Atitudinea libidinală este una caracterizată nu doar « de a lua », ci și de « a încorpora » și de a « internaliza ».

4. Situația libidinală este una care conferă o extraordinară semnificație stărilor de *plin* și de *gol*...”

Fairbairn nu clarifică însă care este natura, care sunt cauzele perturbărilor în relația mamă-sugar (vezi 1, mai sus). Totuși, din remarci ale sale din alte locuri, ne putem forma o părere. El sugerează (p. 13) că „orientarea către obiectele parțiale descoperite la indivizi cu trăsături schizoide este în mare parte un fenomen regresiv, determinat de relații emoționale nesatisfăcătoare cu părinții și în special cu mamele, într-un stadiu din copilărie care precede faza orală primară în care își are originea această orientare. Genul de mamă care este predispusă spre să provoace o astfel de regresie este mama care nu reușește să-și convingă copilul, prin manifestări de afecțiune spontane și autentice, că ea chiar îl iubește ca persoană”.

În acest citat și în acest context nu este clar dacă mama doar “provoacă regresia” la această stare timpurie sau este chiar creatorul ei.

La punctul 4 (care nu e citat în întregime), Fairbairn se referă la „circumstanțele privării”, dar nu clarifică dacă acestea sunt rezultatul unei neglijențe în îngrijire din partea mamei sau sunt inevitabile în îngrijirea copilului. Dacă cele două situații se suprapun datorită maturității imperfecte a tuturor persoanelor (inclusiv a mamelor), atunci trebuie spus că Fairbairn nu a aflat un limbaj care să acopere atât normalul, cât și anormalul.

La pagina 23, autorul se oprește asupra „surselor aceluși simț al diferenței față de ceilalți care îi caracterizează pe indivizii cu un element schizoid în personalitatea lor”. El scrie că există o trăsătură care iese în evidență: „În perioada de început a vieții lor, acești indivizi capătă convingerea, fie printr-o aparentă indiferență, fie prin aparentă posesivitate din partea mamei, că

mama lor nu i-a iubit și apreciat cu adevărat ca persoane care acest drept.” Iată o observație valoroasă și pătrunzătoare ca multe altele în carte; din păcate, structura teoretică a autorului, care ar trebui să fie interesul nostru special, ne deformează aprecierea secvențelor de analiză clinică. Contribuția cea mai valoroasă a lui Fairbairn este ideea că, la rădăcina personalității schizoide, stă acest eșec al mamei de a-l face pe sugar să simtă că îl iubește ca persoană cu acest drept.

E foarte dificil să-ți dai seama dacă Fairbairn consideră că acest eșec matern este cu adevărat eșecul mamei sau este proiectarea de către copil a propriei uri asupra ei. Există multe locuri în carte care ne sugerează că ultima variantă este cea susținută îndeosebi. De exemplu (pp. 110-111):

„Experiența frustrării libidinale scoate la lumina agresiunea sugarului în relație cu obiectul lui libidinal și astfel se ajunge la o stare de ambivalență... Din punctul de vedere subiectiv al sugarului, mama lui devine un obiect ambivalent... Deoarece i se pare intolerabil să aibă un obiect bun care este și rău, el încearcă să amelioreze situația separând reprezentarea mamei în două obiecte... deoarece realitatea exterioară, inflexibilă, el face tot ce poate pentru a transfera factorul traumatic al situației externe în câmpul realității interioare în care el simte că poate controla mai mult situațiile... Obiectul « rău » este întotdeauna cel internalizat la început; pentru că îmi este greu să aflu vreun sens internalizării primare a unui obiect bun care este satisfăcător și docil din punctul de vedere al sugarului.... interiorizarea obiectelor reprezintă esențial o măsură de constrângere, iar sugarul vrea să constrângă nu obiectul satisfăcător, ci pe cel nesatisfăcător.

(Ca o paranteză, pare fără rost să încercăm să corelăm aceste afirmații cu opera lui Melanie Klein, deoarece opera ei este caracterizată de o mare claritate, în timp ce descoperirile lui Fairbairn par să se întretaie cu cele ale lui Klein. Ar fi simplu să-i cerem lui Fairbairn să studieze îndeaproape opera lui Klein înainte de a cita din ea, dar, pe de altă parte, trebuie să-i concedem unui coleg dreptul de a-și exprima părerile în felul lui, chiar și atunci când opera lui se desfășoară în paralel cu munca ce se derulează în altă parte. E păcat, însă, ca sunt folosiți termeni care sugerează o familiarizare cu o operă cum este cea a lui Klein cât privește ceea ce ea numește “poziții” în dezvoltarea emoțională, respectiv “depresivă”, “paranoică” și “schizoidă”).

Această internalizare cu scopul de a constrânge este cu siguranță un mecanism de apărare, unul care a fost bine descris și acceptat de literatura analitică. Astfel, Fairbairn consideră introiecția ca mecanism specific de apărare și nu ca un proces primar, nici ca un tip de relație cu obiectul. E dificil să observi cum ființa umană își poate construi surse interne de putere, sau materialul de bază al lumii interioare, care este personal, efectiv Sinele - pur și simplu incluzând obiectele „rele” prin operația mecanismului de apărare. Cu siguranță, aceasta este doar o caricatură a teoriei lui Klein, în caz că are cât de cât vreo legătură cu această teorie, ceea ce pare îndoielnic, cu excepția faptului că termenii se suprapun.

Aceasta era poziția autorului în 1944. E important de reținut că într-o notă la această lucrare, scrisă în 1951, el însuși a considerat această situație ca nesatisfăcătoare. Va încerca să se corecteze revenind la lucrarea din 1941 și scriind: „Obiectul care este internalizat la început nu este un obiect care întruchipează exclusiv aspectul « rău » și nesatisfăcător al obiectului extern, ci obiectul pre-ambivalent... Internalizarea obiectului pre-ambivalent ar fi explicată prin urmare prin faptul că el se prezintă într-o măsură ca nesatisfăcător și într-o măsură ca satisfăcător. Pe baza acestor premise, ambivalența ar fi o stare care apare la Eul original clivat în relație nu cu obiectul extern, ci cu obiectul pre-ambivalent internalizat.”

Dar aceasta îl duce pe autor spre alte contradicții, poate și mai rele; oricum, se pare că dacă această nouă orientare a teoriei lui este adevărată, atunci argumentul său principal (acela că libidoul înseamnă căutarea obiectului) nu mai este valabil. Aceasta se poate argumenta prin metoda inversării argumentului.

În „Synopsis” (1951, p. 163), autorul oferă o teorie a dezvoltării Eului. Primul principiu este: „Dezvoltarea Eului se caracterizează printr-un proces prin care o stare originară de dependență infantilă bazată pe identificarea primară cu obiectul este abandonată în favoarea stării de adult sau de dependență matură bazată pe diferențierea obiectului de sine.”

Această stare de dependență infantilă se caracterizează prin “identificare” primară. Aici autorul a definit identificarea primară într-o notă de subsol (p. 145): „Îi ofer termenului « identificare

primară » sensul de investire a unui obiect care încă nu a fost diferențiat” (italicele ne aparțin)” (sau care a fost diferențiat parțial) de el însuși de către subiectul investit. Acest proces diferă, bineînțeles, de procesul descris în mod obișnuit ca “identificare”, adică o tendință determinată emoțional să trateze un obiect diferențiat (sau pe jumătate diferențiat), ca și cum nu ar fi diferențiat, atunci când e investit. Procesul din urmă ar trebui descris ca « identificare secundară ».”

Dacă obiectul nu este diferențiat, nu poate opera ca obiect. Fairbairn se referă la un sugar cu nevoi, dar fără un “mecanism” prin care să le implementeze, un sugar cu nevoi care nu „caută” un obiect, ci care caută de-tensionare, libido care caută satisfacere, tensiunea pulsională căutând o întoarcere la starea de odihnă sau de ne-excitare; ceea ce ne aduce înapoi la Freud.

Oferirea unei soluții de către mamă nu face parte din activitățile mintale ale sugarului, ci e ceva care ar putea (sau nu) *să-i fie dat*. Se știe prea bine că, *dacă totul merge bine*, sugarul se poate dezvolta până la un punct în care poate să lege obiectul de nevoia lui, să-l caute, să-l creeze, să-l constrângă etc.

Ca în multe alte cazuri, rămânem cu sentimentul că simțul clinic și intuitiv al lui Fairbairn este cel care îl ghidează, în timp ce teoria lui se încâlcește spre final. Mama lui (de tip schizoid) care eșuează în a da sentimentul că îl iubește pe sugar ca pe o persoană este cu siguranță mama care nu poate răspunde nevoilor individuale ale sugarului atunci când ele apar, de foarte timpuriu, făcând diferența între oferirea și ne-oferirea unei soluții pentru sugar, la început, iar și iar, când libidoul caută (nu un obiect, ci) satisfacerea.

Din nou, Fairbairn, care nu admite creativitatea (psihică) primară în teoria lui, poate pretinde că și-a exprimat credința în ea, dacă îi cităm comentariul (p. 141): „(O casă) este un obiect care este căutat, chiar dacă, pentru a fi găsit, trebuie mai întâi să fie făcut.” Fairbairn nu afirma nicăieri cum creează sugarul primul obiect (teoretic). În teoria lui, creativitatea psihică primară nu este o proprietate umană; o serie infinită de introiecții și proiecții formează experiența psihică a sugarului. Teoria lui Fairbairn se aliniază teoriei Melaniei Klein, care creditează ideea de creativitate psihică primară.

Se poate spune că în teoria strict freudiană această idee nu a apărut, deoarece nu s-a ajuns ca în activitatea clinică să fie luată în considerare problema creativității primare. Analistul e preocupat de întreaga a realității și fantasmei, asociată cu relații interpersonale și cu atingerea maturității elementelor pulsionale din aceste relații; totuși, nu pretinde că aceste probleme acoperă întreaga categorie de experiențe umane. S-ar părea că doar comparativ și de curând au început analiștii să simtă nevoia unei ipoteze care să permită zone ale experienței sugarului și ale dezvoltării Eului, care nu sunt în fond asociate conflictului pulsional și unde există în mod intrinsec un proces ca cel pe care l-am numit aici „creativitate (psihică) primară”. E păcat că Fairbairn, care a descris atât de incisiv caracterul schizoid și simțul lui de inutilitate și vid, pierde în constructul teoretic câștigul unei ipoteze care ar fi dat o soluție pentru originea acestui simț de inutilitate și vid în experiența sugarului.

S-ar părea că în timp ce Fairbairn își desfășura corect activitatea psihanalitică, teoria sa a fost profund afectată de faptul că nu a intrat în contact clinic cu sugari și cuplurile care se ocupau de ei. În consecință, nu are cum să observe diferențele uriașe care există între nevoile sugarilor “întregi” (oricât de mici) experimentând relații cu obiectul cu calitate orală și cele ale sugarilor de la începutul fixat teoretic, care ies dintr-o stare caracterizată de identificare primară prin îngrijirea din partea mamei. Iată de ce Fairbairn și-a irosit valorosul studiu despre dependență în pruncie. Nu ar trebui oare ca în orice discuție despre dezvoltarea emoțională a sugarului să se stabilească dacă sugarul (prin faptul că a fost tratat ca o persoană cu acest drept, cu nevoi și tensiuni individuale) a devenit o ființă separată sau nu, luând în calcul aceasta problemă a identificării primare?

Fairbairn se află cumva în poziția celor care fac psihoterapie în afara grupărilor psihanalitice. S-ar putea ca opera lui să fie ignorată deoarece nu a fost integrată în corpusul general al lucrărilor de dezvoltare a teoriei. Aceasta, în opinia mea, îi slăbește poziția lui Fairbairn atunci când subliniază că teoria lui o înlocuiește pe cea a lui Freud, cel puțin în anumite aspecte importante. În timp ce împărtășim multe dintre nemulțumirile lui Fairbairn și, deși extragem idei despre dezvoltare din

sugestiile lui, rămânem totuși la sfârșit cu sentimentul că ideile inovatoare ale lui Freud au oferit și încă mai oferă un sol mai fertil decât teoria dezvoltării a lui Fairbairn.

Atenția ne este atrasă în special de trei detalii:

1. Secțiunea despre identificarea emoțională (p. 275), în care angoasa de separare este corelată cu identificarea. “Legătura dintre identificare și dependența infantilă este atât de intimă, încât, din punct de vedere psihologic, pot fi tratate ca același fenomen.”
2. „Reabilitarea” (p. 292), ca opusă “tratamentului” anumitor cazuri de nevroză de război și de perversi sexuali, o idee care poate fi comparată cu sugestia și care face ca un studiu al aspectului de management al procedurii psihanalitice în tratamentul stărilor de regresie acută (care pregătește interpretarea corectă a derivatelor pulsionale și a fantasmelor inconștiente în nevroza de transfer) oferă o cale de cercetare fructuoasă pentru extinderea utilizării tehnicilor terapeutice psihanalitice.
3. Împărțirea în două tipuri de omnipotență (p. 213), unul fiind „reprezentat de omnipotența maniei și a schizofreniei, în timp ce al doilea tip pare caracteristic stărilor obsesive și paranoice”. Pare că în primul tip există o regresie, iar în al doilea pacientul scoate la iveală omnipotența primară și o pune să acționeze ca o tehnică defensivă sub controlul Eului. Ceea ce lasă loc pentru o a treia utilizare a omnipotenței, și poate cea normală, acolo unde ea întărește activități de rutină sublimatorii, investindu-le astfel cu un potențial iluzoriu care îmbogățește și satisface Eul.

Această carte este deopotrivă valoroasă și stimulativă, oferind rezultatele muncii de-o viață a unui coleg; ca atare, ea poate fi citită de un public larg și constituie un imbold pentru noi reflecții.

51

John Bowlby

I. Recenzie la *Îngrijirea maternă și sănătatea mintală*¹²¹

1953

¹²¹ Geneva: W. H. O., 1951; și în H. M. Stationary Office. Această recenzie a apărut în **Jurnalul Britanic de Psihologie Medicală (1953)**

Atunci când această recenzie va fi sub tipar, cartea va fi fost deja citită de mulți și, pe bună dreptate, apreciată. Doresc să salut, la rândul meu, cartea și activitatea din spatele ei, precum și orientarea particulară a dr. Bowlby, de a traduce descoperirile psihanalitice din ultima jumătate a secolului în acțiune socială. Vreau să fac câteva note critice, fără a înceta totuși să o admir și să o susțin.

Cartea e împărțită în două secțiuni. În prima sunt descrise efectele adverse ale privării materne. Aici aflăm și contribuția specială a lui Bowlby. El este convins că trebuie făcute eforturi de a prezenta problemele psihologice în formă statistică, așa încât cei care sunt obișnuiți cu lucrările științifice (de tipul celor apreciate de oamenii de știință în toate tipurile de activitate) să poată evalua afirmațiile acelora dintre noi care sunt axați pe clinică și mai puțin pe cifre. Precum în monografia sa anterioară, *44 de hoți juvenili: caracterele lor și viața domestică*, și aici Bowlby își susține teza cel puțin în ce privește subiectul discutat. El a adunat rapoartele muncii sale din diferitele țări pe care le-a vizitat, rapoarte care pot fi puse într-o formă statistică. Bowlby e cam primul care admite că statisticile nu au valoare dacă nu se bazează pe date foarte sigure; și, într-adevăr, tocmai aceste date sunt dificil de adunat în specializarea noastră. Nu-i greu de ghicit că în aproape toate celelalte tipuri de tulburări psihice nu există destule acorduri asupra unei simple afirmații despre fenomenul observat pentru metoda statistică de lucru. În privința subiectului acesta particular al privării materne și a concluziilor sale există câteva simplificări justificabile, dar clinicienii vor fi totuși îngrijorați ca nu cumva Bowlby să fi simplificat prea mult pentru a demonstra ceva prin statistici. Putem fi de acord ca *de dragul cercetării statistice* trebuie să fie făcute o serie de simplificări, cu condiția întoarcerii de la forma simplificată la cea complexă, înainte de construirea unei noi teorii.

E posibil să supradimensionăm tema privării. Pentru a nu se complica, Bowlby trebuie să lase de-o parte întreaga problematică *a resurselor pe care copiii normali* le au la dispoziție, pentru a nu deveni copii deprivați când sunt departe de părinți, dacă aceasta nu se poate evita, și *nu pentru mult timp*. Poate că unii copii sunt mai răniți de faptul ca ursulețul cu care mergeau la culcare nu poate fi luat cu ei la spital, sau că ursulețul a fost luat și amestecat cu alte jucării, sau sterilizat, sau distrus,

decât de pierderea temporară a părinților. Nimic din ceea ce scrie Bowlby nu contrazice o asemenea idee, dar cred că e necesar să ne amintim că natura umană este prea complexă pentru a fi evaluată prin metoda statistică; în acest mod statistic ne putem ocupa de anumite tipuri de *boli*, mai ales de boli în mare parte stereotipe.

În partea a doua, în care se discută despre prevenirea privării materne, Bowlby tratează pe larg subiectul, oferindu-ne avantajul experienței sale, îmbogățită de studiul literaturii. Este generos cu citatele date. Întreaga expunere arată cât de mult timp și de reflecție i-a acordat subiectului. Această parte are valoare practică și va fi apreciată de publicul larg din lume. Cititorul este adesea de acord cu opiniile exprimate. Aș evidenția în mod special afirmația următoare: „este în favoarea sănătății mintale a sugarului adoptat ca el să fie adoptat imediat după naștere.” E cu siguranță bine pentru un sugar care va fi dat de mamă să nu fie alăptat, ci să fie dat părintelui adoptiv cât mai repede posibil; ideea după care ce se întâmplă în primele săptămâni după naștere nu are nici o importanță pentru psihic este una la care trebuie să renunțăm - și cu cât mai repede, cu atât mai bine.

Aș vrea să aduc o critică dintr-un punct de vedere personal, cu care e posibil ca alți cititori să nu fie de acord. Consider că un capitol, cel despre problemele teoretice, este nesatisfăcător. Mi se pare că se putea chiar renunța la el. E posibil să fi fost inclus mai târziu, în așa fel încât autorul să fi intenționat să-l rescrie. I-aș cere în mod special autorului să refacă fraza în care spune că „mașinăria psihică pe care o dezvoltăm în noi pentru a armoniza nevoile noastre diferite, și chiar conflictuale, și pentru a le satisface într-o lume percepută realist este *Eul nostru*” (italicele îmi aparțin). Cred că în mințile celor care sunt noi în psihologie această afirmație că „Eul este” o mașinărie psihică produce confuzie, în special deoarece cuvântul „Eu” e folosit diferit de diverse grupuri de oameni. Modul invers mi se pare mai satisfăcător, anume că psihanalistii numesc această mașinărie psihică Eu; alții îl pot numi altfel.

În afară de această frază ciudată, îmi mai vine în minte o lacună cât privește tratamentul în acest capitol teoretic care pune în defavoare cartea. Afirmațiile teoretice din celelalte capitole sunt mai satisfăcătoare, deși sunt exprimate mai popular. Dacă trebuie să existe totuși un capitol teoretic în

această carte, atunci e locul să subliniem că există factori interni foarte complecși de care nu te poți ocupa într-o astfel de carte. La un moment dat, Bowlby încearcă să fie pozitiv: „Ei (copii privați grav) sunt personalități ineficiente, care nu pot învăța din experiență și, în consecință, ei reprezintă cel mai mare dușman al lor. Problema teoretică este să înțelegem cum privarea produce acest rezultat. Cele două abordări importante în acest sens sunt descoperirile lui Goldfarb privind deteriorarea gândirii abstracte la acești pacienți și descoperirile clinice privind inabilitatea lor de a identifica sau de a introiecta. Fiecare abordare ne poartă departe, dar va veni ziua când vor duce la un corpus de teorie unificat.”

Mă îndoiesc foarte mult ca descoperirile lui Goldfarb despre gândirea abstractă ne duc prea departe. De fapt, ar fi periculos să difuzăm ideea că acei copii care au o capacitate bună de gândire abstractă devin astfel capabili să nu fure. Se poate vedea că în întreg „complexul de privare” se pot găsi anumite deteriorări ale capacității de gândire abstractă. Fenomene diverse au o cauză comună. Apare riscul ca unii cititori, pentru care acest subiect e nou, să creadă ca un copil antisocial poate fi în mare măsură înțeles dacă admitem existența unei dificultăți de gândire. De fapt, problema are mult de-a face cu afectul și cu vina inconștientă, cu lucruri precum spaima de nebunie și spaima pierderii identității și a contactului cu realitatea exterioară. Dacă autorul crede cu tărie ceea ce a scris în acest capitol, atunci trebuie să-mi exprim dezacordul; fie perspectiva mea nu e bună, fie autorul greșește în acest capitol, pe care cred că îl va rescrie în noua ediție care ar trebui să fie deja gata.

Citind această carte, trebuie avut mereu în minte scopul ei și, cu excepția acestui capitol, Bowlby s-a gândit tot timpul la publicul său. De aceea, poate, deși a menționat psihanaliza, nu l-a inclus pe Freud în bibliografie. Inconștientul nu este nici ignorat, nici nu este scos în față. E un lucru de înțeles; pe de altă parte, nu e totuși adevărat că analiza zilnică, detaliată, a adulților și a copiilor, însoțind dezvoltarea treptată a teoriei psihanalitice, a reprezentat maniera care i-a făcut dr. Bowlby munca posibilă și oportună?

Avem acum un film excelent realizat de dr. Bowlby și de echipa lui, care ilustrează fapte dureroase despre un copil care a fost deprivat, și care, din fericire, este capabil să se recupereze.¹²² Oricine a lucrat într-o rezervă de spital pediatric a avut șansa, în repetate rânduri, să fie martor la ceea ce, pe scurt, prezintă acest film. Am înțeles de ce puțini oameni observă aceste fapte doar atunci când mi-am dat seama că, dacă ar face astfel, munca din rezervă li s-ar părea prea dureroasă. Înțeles cum se cuvine, filmul pe care echipa nu l-ar fi putut realiza mai bine, ar putea avea un mare efect. Există pericolul ca, obligând un public care nu dorește să sufere, să vadă anumite fapte, să iște unele reacții și contra-reacții, precum și noi confuzii. Prevenirea acestuia rămâne în sarcina celor care vor prezenta acest film.

II. Discuție asupra lucrării *Durere și doliu în copilăria timpurie*¹²³

1953

A

Îmi este foarte greu să iau parte la această discuție - și totuși vreau să o fac. Dr. Bowlby s-a referit adesea la mine și la scrierile mele și a studiat, de asemenea, scrierile a numeroși analiști sau etologi. De ce mă plâng? Întrucât cred că nu am înțeles anumite lucruri pe care le consider importante. Vreau deci să mă fac înțeles.

Aș fi preferat ca dr. Bowlby să-și prezinte părerile proprii fără a avea în vedere alți autori. Ne putem folosi, desigur, propria gândire și astfel. Oricum, nu e grav dacă are loc o redescoperire autentică a unor fapte sau teorii mai vechi. Ceva nou și valoros apare întotdeauna când lucruri vechi sunt prezentate într-un nou mod. Totuși, dr. Bowlby pare a fi nerăbdător să ne arate unde îi înlocuiește pe autorii psihanaliști anteriori - și aici este, cred eu, neconvingător. E păcat, deoarece dr. Bowlby chiar

¹²² *Un copil de doi ani merge la spital, realizat* împreună cu James și Joyce Robertson

¹²³ Lucrarea dr. Bowlby a fost citită la o întâlnire științifică a Societății Britanice de Psihanaliză, în octombrie 1959; a fost ulterior publicată în *Psycho-analytical Study of The Child* (1960). Două versiuni dactilografiate ale contribuției pregătite de Winnicott la discuție au fost găsite printre hârtiile lui și, pentru că diferă substanțial, le-am inclus pe

contribuie cu câteva lucruri importante. Nu obosesc niciodată să afirm și să reafirm faptul că propaganda lui pentru evitarea pauzelor inutile în relația sugar-mamă au făcut înconjurul lumii, deși am senzația că elementul de propagandă a dus în mod necesar la o modă în îngrijirea copilului, și la reacții inevitabile care survin după propagandă, și după o intensă convertire.

Aș dori ulterior să mă alătur dr. Bowlby într-o mișcare pentru lărgirea bazei formării în analiza copilului, pentru că eu cred că suntem în pericol, deoarece pregătim ca analiști de copii bine pregătiți persoane care (unii dintre ei) au puțină experiență cu copiii și în îngrijirea copiilor.

Exista totuși un obstacol care încă nu știu cât de serios este. Legat îndeosebi de capitolul din cartea lui Bowlby care tratează despre durere, mă simt stânjenit - și aș dori să examinez motivele pentru care mă simt astfel.

Vreau să spun pentru început că ideea de tristețe nu era una la care se făcea în mod obișnuit referire în anii 20. Am preluat ideea de la Merrill Middlemore, care lucra cu mine la începutul anilor 30. Privind la fața unui băiat, pacientul meu, s-a pronunțat: „un caz de melancolie”. Până atunci, acest lucru se referea la copii care considerau viața dificilă. Deodată mi-am dat seama că termenul „depresie” urma să fie folosit pentru descrierea stărilor clinice ale copiilor și sugarilor, drept care mi-am schimbat rapid limbajul.

Tot atunci am început să învăț despre mecanismele depresiei și despre apărarea contra-depresivă - de la Melanie Klein, care le afirma în forță cam de 10 ani, și care mi-a permis să includ în teoria mea analitică și în munca mea observațiile pe care le-am făcut pe mai multe sute de copii, ale căror probleme psihice au început în primele săptămâni, sau chiar în primele zile ale vieții lor și care erau în totalitate cazuri psihiatrice totale înainte de a înflori complexul Oedip al acelor zile.

La începutul activității mele cu Melanie Klein, am aflat despre stadiile de durere, de protest și de negare a durerii și a depresiei, care devine apărare maniacală. Nu am fost niciodată un mare cititor, totuși am citit cartea lui Melanie Klein, *Psihanaliza copiilor*, de două ori (la Dartmoor), imediat ce

amândouă aici. Prima avea notat în creion în partea de sus cuvintele “De citit de fapt numai extracte”, și a doua “Mai mult sau mai puțin cam ce s-a discutat. D. W. W”.-. n. ed. engl.

a apărut în engleză. Ceea ce știu este că Bowlby nu este prima persoană care descoperă transformarea treptată a durerii în indiferență rigidă.

Diferențele mele cu Melanie Klein țin de sentimentul meu că, atunci când ea ne descrie mecanismele primare, o face în termeni care ne determină să ne gândim că vorbește de fapt despre sugari. Totuși, Bowlby mă face să mă raliez ei, chiar dacă nu are nevoie de mine.

Simt la fel în legătură cu Anna Freud, a cărei operă am ajuns să o cunosc ulterior celei a Melaniei Klein. Nu mă deranjează prea mult ceea ce ea și Dorothy Burlingham au scris. Mai importantă era munca lor, realizată în condiții care cereau un curaj personal deosebit. Îmi amintesc condițiile ce condiții existau în Londra, în al doilea an al războiului și adăposturile anti-aeriene din Creșa de Război care trebuia să deservească ministerele.

Această muncă nu s-a depus doar pentru ca într-o zi să se scrie o carte cu titlul *Copii mici în timp de război; munca de un an într-o creșă de război rezidențială*. Ci s-a lucrat pentru că domnișoara Freud știa că sugarii separați de mamă la o vârstă fragedă nu puteau ajunge la ceva așa de normal precum durerea și că trebuia făcut ceva. I-am trimis domnișoarei Freud primul caz și am fost foarte fericit că aveam unde să trimit copilul!

Se poate vedea din toate acestea ce emoții mi-au fost trezite de încercarea sinceră a lui Bowlby de a fi corect cu toată lumea.

Ne așteptăm să obținem de la Bowlby ideea că sugarii umani, ca și animalele, pot la început să fie afectați destul de ușor de anumite condiții de mediu în așa fel încât să zâmbească fără să experimenteze starea pe care noi (prin proiecție) simțim că ei trebuie să fie pentru a putea zâmbi. Aceasta este o extrapolare a ideii că zâmbetul unui sugar poate fi evocat de o atingere pe față sau a vântului. Vreau să spun că am încercat din greu să folosesc aceste idei în munca mea analitică și nu am putut vedea cum îmi pot afecta lucrul chiar cu adulții care sunt în stare de regresie la dependență infantilă (care mi se pare cel mai bun material pentru observații asupra fenomenelor din copilăria timpurie și a îngrijirii lor).

Îmi asum riscul de a fi considerat un om de moda veche și spun că, pentru un analist, contribuția etologică este un punct mort. Îmi place etologia pentru ceea ce ne spune despre animale. Dar cred că Bowlby a eșuat clar în a ne arata cum își aplică concepțiile despre reflexele infantile primare la tema dezvoltării, reprezentată de filmul *Un băiat de doi ani merge la spital*. Când un copil are un an, știm deja multe lucruri despre el, iar complexitatea celor doi ani este mare dacă ne amintim de întreaga elaborare a fantasmei inconștiente și a conflictului inconștient. Cred că oricine intenționează să adauge ceva la ceea ce știm despre reacțiile celor în vârstă de doi ani la pierderea obiectului trebuie să arate mai întâi că știe ce înseamnă să faci analiza unui copil de doi ani, sau a celui de doi ani care există în orice pacient, indiferent de vârstă.

Mai exact, cred că Bowlby a omis referirea la trecerea dintr-o relație cu un obiect *subiectiv* la o relație cu un obiect care este *perceput obiectiv*. Aceasta caracterizează în special perioada ce urmează sfârșitului primei jumătăți de an (cu mari variații de la copil la copil) și care se încheie la doi sau trei ani. Acest proces de deziluzie aparține sănătății și nu ne putem referi la pierderea de către sugăr a obiectului fără să ne referim la starea de deziluzie și la factorii pozitivi sau negativi din stările primare ale acestui proces, care depind de capacitatea mamei de a-i da copilului iluzia fără de care deziluzia nu mai are nici un sens.

Toate acestea sunt date aparte de sugestia lui Bowlby că există un foarte simplu fenomen al pierderii obiectului, în mare parte asemănătoare eșecului unui reflex din cauza absenței stimulului.

Problema examinată de Bowlby este cu mult mai bogată decât ne sugerează el, încât mă tem ca nu cumva să scăpăm din vedere toate acele reacții față de pierdere, prin implicarea noastră într-o controversă despre corbi și pui de rață.

B

Una din probleme se referă la faptul că dr. Bowlby afirmă că teza lui este că „pierderea reprezentării mamei în perioada cuprinsă între șase luni și trei, patru sau chiar mai mulți ani este un eveniment cu

un potențial patogen uriaș *din cauza proceselor de doliu cărora le dă naștere în mod obișnuit și care iau un curs patologic la această vârstă*”.

Ar lua în calcul reformularea acestei teze?

Pierderea reprezentării mamei nu e cu siguranță patogenă din cauza procesului de doliu. Aceasta ar lăsa deoparte întreg conceptul de doliu ca realizare. Am ajuns să ne gândim la o lungă serie de mecanisme delicate, la sfârșitul cărora sugarul ajunge la capacitatea de a fi în doliu. Când lucrurile merg rău, ne gândim la termenii de pierdere a capacității de a fi în doliu, de pierdere a ceva ce a fost obținut în dezvoltarea emoțională a individului. E foarte clar, ca unul dintre rezultatele muncii lui Melanie Klein, faptul că avem multe de spus despre patologia copiilor mici și a persoanelor în vârstă, a căror capacitate de a fi în doliu a fost suprasolicitată. Cursul lui Melanie Klein intitulat „Apărarea maniacială” m-a impresionat atât de mult prin importanța sa, încât mi-am scris pe acest subiect¹²⁴ lucrarea pentru a deveni membru și, așa cum am înțeles, termenul „apărare maniacială” acoperă toate procesele negării doliului care rămâne cu siguranță ca o depresie teoretică. Eu însumi am încercat să contribui la dezvoltarea conceptului adițional al efectului mai profund al pierderii obiectului sau neglijării suportului Eului și, în registrul condițiilor emoționale primare, am folosit termenii „pierderea contactului cu realitatea externă”, „pierderea relației dintre psyche și soma” și „dezintegrare”. În munca mea asupra acestor aspecte, se poate să mă fi inspirat mult din munca altora. În limbajul pe care l-am folosit pentru a descrie dezvoltarea emoțională a sugarului în etapele de dinainte și de după stabilirea graduală a capacității lor de doliu, nu pot găsi un loc pentru aceste cuvinte ale lui Bowlby, pe care le și subliniază, *„din cauza proceselor de doliu cărora (pierderea reprezentării mamei) le dă naștere.”* Doliul implică maturitate emoțională și sănătate. Mi se pare deci că Bowlby nu a fost atent în afirmarea tezei sale centrale, de care depinde restul lucrării.

As dori să mai comentez unul sau două aspecte. Unul are de-a face cu evaluarea făcută teoriei lui Melanie Klein de către Bowlby cu privire la ceea ce ea numește „poziția depresivă”. Bowlby pare să

¹²⁴ 1935; *Opere alese: De la pediatrie la psihanaliză* (Londra:Tavistock, 1958, New York: Basic Books, 1975; Londra:Hogarth Press, 1975), cap. 11 (Ed. 3, București, 2004)

insinueze că Melanie Klein se referă la relația sugarului cu un obiect parțial. Ceea ce mi se pare o interpretare complet greșită a întregii teorii. În primul rând, obiectul parțial este un obiect întreg din punctul de vedere al copilului, cu excepția cazului în care sugarul este clivat sau dezintegrat. Principala chestiune legată de poziția depresivă este, cred, legătura graduală din mintea copilului între obiectul limitat al dorinței pulsionale și a obiectului întreg al reprezentării mamei, ca personalitate totală. Relația sugarului cu obiectul parțial este, cu siguranță, doar o parte a poveștii. Din această cauză, unii dintre noi am încercat să o convingem pe Melanie Klein să nu considere poziția depresivă ca foarte timpurie, pentru că are conotația unei stări de fapt foarte sofisticate, altfel spus, a recunoașterii totale a mamei ca ființă umană, și a legării acestei recunoașteri ei de ideea sânelui ca parte a ei. Apropo, s-ar părea că nu există nici un motiv pentru care să nu folosim cuvântul „sân” pentru a reprezenta orice tip de recipient, sau ca parte a mamei care devine familiară sugarului. În opera doamnei Klein e menționat frecvent atacul sugarului asupra corpului. Aceasta este fantasma sugarului, dar noi putem folosi cuvintele noastre și să spunem „corp” sau „sân”, sau cum mai dorim. Privind pruncia prin prisma copilăriei mai mari, așa cum facem în psihanaliză, ajungem la ideea sânelui care este un corp, și un pântec, și un vagin, și o vezică, și un cap, și un mușchi biceps. Nimic esențial nu e afectat de aceste cuvinte pe care le folosim.

As vrea să menționez pe scurt alt aspect, poate două. Unul e faptul că Bowlby pare că nu a luat în considerare simbolismul și stabilirea (în condiții de sănătate) a obiectelor care reprezintă atât *Self*-ul, cât și mama. Știe, bineînțeles, ca trauma care are loc când un copil este separat de mamă este reprezentată frecvent nu de pierderea mamei, ci de pierderea lucrului pe care eu îl numesc un obiect tranzițional. Știe și că, dacă mama este pierdută mult timp, obiectul tranzițional începe să-și piardă din valoarea sa de simbol. Aceste lucruri se află în chiar miezul discuției cu privire la reacția la pierderea mamei și sunt mult mai importante pentru noi decât studiul animalelor, chiar și al acelor animale care folosesc obiecte tranziționale.

Mi se pare că dr. Bowlby vorbește de parcă nu ar exista lucruri precum fantasma, în copilăria timpurie. Totuși, psihanaliztii au frecvent surpriza să descopere cât de multe fantasme datează de

timpuriu. Conflictul inconștient pare a nu avea loc în psihologia lui Bowlby și pare să nu ia în considerare conceptul de obiect care moare și renaște în interiorul sugarului, altfel spus, în aparatul psihic, situat de sugarul sănătos în corpul care funcționează. Ca o consecință a acestor omisiuni, pare să nu fie loc în psihologia lui Bowlby pentru o descriere a acelor sugari care, din cauza unor grave disfuncții în stadiile foarte timpurii, nu se apropie de nimic mai sănătos decât de capacitatea de doliu și nu se integrează, poate, la nici un stadiu.

Un alt aspect. În timpul perioadei la care face referire Bowlby, între șase luni și trei sau patru ani, copilul este în proces de schimbare de la un obiect subiectiv la unul care este perceput obiectiv. Bowlby ar fi pe un teren mai sigur dacă ar vedea că este foarte important pentru sugar ca schimbările exterioare să nu fie făcute în timpul acestui proces de obiectivare, sau oricum am dori să-l denumim. Aceasta s-ar integra orientării cu care suntem familiarizați în Societate și s-ar lega de conceptul stabilirii principiului realității.

Doresc să atrag atenția asupra faptului că, din punctul meu de vedere, ar fi greșit să deducem de aici că obiectul subiectiv poate fi pierdut fără urmări. Acesta este un subiect foarte complex și care nu poate fi expus în câteva cuvinte. S-ar părea că obiectul subiectiv din primele luni poate fi schimbat de un observator, rămânând totuși neschimbat pentru sugar. De exemplu, o sticlă poate fi schimbată cu alta; o sticlă poate înlocui sânul. Sunt multe altele care rămân similare. Fie că o aceeași persoană hrănește sugarul sau că există un schimb de persoane, tehnicile coincid suficient. În pofida acestei flexibilități a relațiilor de obiect în primele luni în care obiectul este subiectiv, cred totuși că pierderea obiectului subiectiv reprezintă un dezastru major, ceva din registrul unor cuvinte precum „angoasă psihotică” sau „eșuare primară”, din nomenclatura lui Balint, sau că este un eșec de suport al Eului în perioada în care Eul sugarului are putere datorită susținerii de nădejde din partea reprezentării mamei etc. Aceasta este o zonă în care ajungem dacă discutăm despre originea psihozei infantile și originea responsabilității față de problema psihotică ce poate apărea la orice vârstă în viața individului.

Michael Balint

I. Tipuri de caracter: impulsivul și precautul¹²⁵

Datat 25 octombrie 1954

Este util de multe ori să examinăm calitățile mixte ale normalității, comparându-le cu cele opuse, care pot fi regăsite la bolnavi. Balint a arătat valoarea comparării a două tipuri de tipar comportamental extreme în studiul amestecului între dependență și independență la cei sănătoși. A dat și nume acestor tipuri, dar, pentru că nu cred că aceste nume sunt necesare, le voi omite aici¹²⁶.

Există oameni care caută emoțiile și se bucură de ele, care își dau frâu liber și, în actul participării afective, nu iau seama la pericole. Există și persoane cărora le place să se prindă de ceva și care se agață de aproape orice atunci când întâlnesc o situație emoționantă, știind ca este periculoasă, chiar și atunci când, de fapt, nu este.

Balint atrage atenția în mod util asupra modului în care problema acestor tipuri contrastante se leagă de cea a regresiei.

Se poate spune că impulsivul iubitor de emoții regresează la starea de narcisism primar; iată-l plasat artificial într-o situație care este o parte din el – ca într-o caricatură a stării primare, când individul cunoaște mediul doar ca parte a *Self*-lui și nu a repudiat încă Non-Eul. Noi, ca observatori, vedem pericolele, dar individul implicat este orb la ele. Această orbire poate fi ascunsă în dezvoltarea abilității personale; sau poate fi ascunsă de bizuirea pe abilitățile tehnice ale altora, aceasta fiind o formă subtilă de agățare.

¹²⁵ Pe 20 octombrie 1954, dr. Balint a citit la o reuniune științifică a Societății Britanice de Psihanaliză o lucrare intitulată „emoții și regresii”, care mai târziu a devenit parte din materialul cărții sale *Emoții și regresii* (Londra: Hogarth press, 1959). Winnicott a fost prezent la întâlnire și se pare că a scris aceste comentarii câteva zile mai târziu, după ce s-a gândit la ceea ce s-a spus - EDS

¹²⁶ O descriere completă a acestor tipuri de caracter apare în *Emoții și regresii*; vezi și Balint, *Eșuarea primară* (Londra: Tavistock, 1968) - EDS

În al doilea tip de tipar comportamental, în care agățarea de un obiect reprezintă principala trăsătură, iar pericolul este asumat, există poate un zbor înainte (în loc de înapoi) la o relație cu obiecte care, în dezvoltarea individului, nu au devenit propriu-zis externe, repudiate, Non-Eu.

Nu ne va surprinde existența unei stări intermediare între cele două extreme cu care se înrudește fiecare dintre cele două tipuri de carcter și de la care fiecare este o variație. Sugerez că, pentru aceste două organizări defensive, este esențială stabilirea personală a stării care este cel mai bine descrisă de cuvintele EU SUNT. Această stare de EU SUNT, deoarece devine un fapt, se dezvoltă imediat în Ființă sau Mergând spre Ființă; altfel spus, este inclus și un factor temporal.

Dacă aceste organizări defensive apar în relație cu stabilirea stării de EU SUNT, este necesar să vedem ce angoasă aparține acestei stări. În condiții de sănătate, grija maternă care traduce dragostea în termenii fizici necesari și care se adaptează destul de bine unei nevoi variabile, îl poartă pe sugar prin primele momente de EU SUNT și prin experiențele timpurii ale FIINȚEI, permițând simțului existenței să fie stabilit. Grija maternă neadecvată suscită angoasa care este potențială în starea de EU SUNT. A Fi implică o atitudine față de ce este Non-Eu. Se poate spune că momentul lui EU SUNT este imediat urmat de o așteptare a influenței care produce reacție, altfel spus a distrugerii stării de EU SUNT. Esențiale, pentru starea de EU SUNT, sunt procesele înăscute ale individului, continuitatea acestor procese în timp, iar reacția la influență întrerupe continuitatea ființei. Eșecul mediului la momentul critic produce amenințarea cu dezintegrarea și un nou tipar defensiv se alătură reacției la influență, care stă la baza personalității paranoice. (Persecuția reală, repetată, este o parte esențială a acestei apărări incomode.)

Aceste probleme nu sunt evidente în observarea directă a sugarilor, dar devin foarte importante în regresiiile controlate și în progresiile care apar în practica analitică.

Acei sugari care au norocul să fie bine îngrijiți la început par să ajungă la A FI și să se simtă reali aproape instantaneu. Dacă individul nu are noroc și nu este îngrijit bine de la început (mama este depresivă, angoasată, bolnavă etc.), atunci individul este obligat să organizeze un anumit tipar de comportament defensiv, care implică o regresie la o caricatură a identificării primare sau la o

progresie către o relație cu obiecte externe. Astfel, eu personal cred că ideea lui Balint este constructivă.

Această stare de EU SUNT capătă un nou sens o dată cu dezvoltarea sugarului și este întotdeauna amenințată, exceptând cazul când adaptarea la mediu este adecvată sau devine, așa cum se întâmplă treptat, o chestiune pe care copilul (băiat sau fată) o poate controla total sau parțial. Problemele adolescenței pot fi adesea văzute ca o nouă variațiune pe această temă de bază a FIINȚEI, care suferă o nouă amenințare din cauza tendințelor biologice ce întrerup dependența de familie. La pubertate se descoperă natural, chiar și la cei care vor fi adulți sănătoși, o separare între acei băieți și fete care caută emoția și cei care sunt prudenți. În starea de sănătate, totuși, trebuie să este întotdeauna adevărat că nici una dintre extreme nu e dominantă; iar pentru aceia care erau foarte norocoși la început, problema lui EU SUNT nu prezintă nici o dificultate. Nu mai trebuie să subliniem că starea de EU SUNT și starea de FIINȚĂ și sentimentul realității prin faptul de a fi nu reprezintă un scop în sine, ci o postură din care viața poate fi trăită.

În final, descoperim că lumea conține cele trei grupări; cei pentru care problema EXISTENȚEI nu prezintă vreo dificultate; cei pentru care nu există speranța de a se simți reali și care știu doar că sentimentul de real apare în momente rare, ca atunci când este aruncată o bombă; și cei dintre aceste două extreme, care sunt prinși într-o luptă ce durează o viață pentru a-și organiza existența personală, rezultat pe care îl obțin în compania altora, care duc aceeași luptă - și sub influența integratoare a unei filosofii de viață.

Ca să ne întoarcem la pruncie, poate fi ușor observat ca aceleași probleme apar și reapar în cele mai diverse împrejurări cu care suntem familiarizați. Sugarii care trec printr-o încercare pot eșua la o încercare ulterioară, dar, cu cât este mai bine depășită prima încercare, cu atât va fi copilul în stare să se descurce cu o îngrijire defectuoasă în stadii ulterioare. Din păcate (sau din fericire), rămâne valabil că, la stadiul primar, cel al primului moment de EU SUNT, dependența de mediu este absolută. (Nu-i de mirare că, în istoria religiei, descoperim că acest stadiu al dezvoltării personale **îi este atribuit lui Dumnezeu!**)

De foarte timpuriu în istoria oricărui sugar descoperim aceeași problemă a dependenței-independenței întâlnită în actul de a suga degetul (sau în ceva echivalent). În creșterea firească, există o lungă perioadă în care bebelușul nu are nevoie să se ocupe de aspectul de Eu sau Non-Eu al degetului.

Sugarul se agață de deget, dar se bucură și de separarea de el. Tot prin deget, sugarul se agață de gură și se bucură și de separarea de gură. Și așa mai departe. În decursul timpului, degetul e descoperit ca făcând parte din *Self* și, drept care, se dezvoltă o nouă capacitate, respectiv folosirea fantasmei. Degetul reprezintă un obiect extern sau Non-EU, e un simbol al lui, am spune. Obiectul extern fiind îndeajuns de mult la dispoziție, degetul poate fi folosit ca un substitut. Această tranziție este permisă încet și gradual, în timpul potrivit pentru sugar. Obiectele tranziționale sunt oferite sau sunt adoptate și (atunci când sugarul se odihnește după procesul intens de a diferenția lumea și *Self*-ul) sunt îmbrățișate sau împinse, fără a fi clasificate drept simboluri pentru deget sau sân. În starea de sănătate (ceea ce implică o îngrijire sănătoasă) timpul pentru dezvoltarea naturală este amplu.

Atunci când o îngrijire defectuoasă se amestecă în procesele naturale, sugarul dezvoltă apărări în conformitate cu înzestrarea creată din stările mai timpurii. Un exemplu de îngrijire defectuoasă gravă este prevenirea suptului degetului. Sugarul la care este prevenit suptul degetului (luând în calcul o îngrijire prealabilă satisfăcătoare, în așa fel încât momentele de Eu Sunt constituie deja un fapt) poate organiza tipare de comportament defensiv asemănătoare celor sugerate de Balint: negare a nevoii de relație și un accent excesiv pe relații cu obiecte în mod mai clar externe. Alternarea celor două apărări poate fi ușor observată clinic.

Aceleași apărări alternative pot reapărea sau pot fi produse în toate celelalte stadii. De exemplu, a se abține să-și facă nevoile poate alterna cu incontinența; sau mersul de timpuriu, cățărutul și rudimente de chiul (dependența de tehnica personală) alternează cu o extremă dependență de îngrijire (dependența de tehnica celor care îl au în grijă).

În starea mult mai complexă a poziției depresive (Klein), în care copilul are o lume interioară personală pentru care este responsabil, în care interacțiunea unor forte brute dă naștere unor

dispoziții de speranță și disperare, se recunoaște o organizare defensivă (numită apărare maniacală) în care accentul cade pe negarea depresiei. Apărarea oferă o pauză disperării. Rycroft¹²⁷ a sugerat că studiul apărării maniacale poate fi îmbogățit cu cele două extreme de tipar comportamental descrise de Balint. Astfel, din calitatea de apărare maniacală și chiar dintr-o anume tendință către adoptarea acelei apărări pot fi derivate elemente ale organizărilor defensive timpurii și foarte timpurii care își au originea în amenințarea stării de Eu Sunt sau a integrării. Tendința către o oscilație maniaco-depresivă se aseamănă cu siguranță alternării între negarea dependenței și dependența exagerată (agățatul) de obiecte Non-Eu. Alternativele lui Balint în acest caz evită ambele angoase legate de stabilirea stării centrale Eu Sunt și a „depresiei” sau a interesului central, sau a simțului de răspundere care aparține poziției depresive. Poate exista aici o pauză pentru responsabilitate. Oscilația maniaco-depresivă prin ea însăși nu oferă șansa unei pauze, dar este o alternare a două stări fiecare la fel de incomodă, mania fiind ireală, iar depresia fiind intolerabilă.

În ceea ce privește relațiile interpersonale, ca între oameni întregi, cu tema centrală a complexului Oedip și a copilului, tipică în cercul familiei, nu este clar dacă aici tema lui Balint se aplică sau nu direct. În acest stadiu, copilul având 2-3-4 ani, s-au dezvoltat noi organizații defensive vaste - și noi tipuri de angoasă. Ideile de castrare și de moarte au apărut și ele, iar pulsivitatea a devenit falică și genitală; fantezmele îi permit acum copilului să se joace de-a mama și de-a tata, să viseze asupra actului sexual, să se identifice cu fiecare părinte pe rând, precum și să tolereze faptul că, pentru scurte perioade, este o persoană în plus.

Fără îndoială, relicvele tipurilor contrastante pot fi văzute în fantasmă și în joc, chiar și în cele mai normale. Echivalentul în acest stadiu poate fi găsit în alternativele de a ucide părintele rival și de a se identifica cu el sau ea, în relația triangulară de bază. (Am omis intenționat intruziunile brutale ale conflictelor nerezolvate și ale tiparelor comportamentale din stadiile primare în acest stadiu avansat al conflictului Oedip propriu-zis.)

¹²⁷ Dr. Charles Rycroft a luat parte la discuția lucrării lui Balint în 20 octombrie 1954 - n. ed. engl.

În adolescență, există o nouă aplicare specială a ideii lui Balint din cauza noilor dificultăți legate de Eu Sunt, după cum am arătat deja. În consecință, activitățile unui adolescent, care fac trecerea de la joc și lucru, tind să fie colorate de fenomenele de independență și de dependență, de impetuozitate și de precauție, chiar și la cei sănătoși.

În condiții de sănătate, totuși, impetuozitatea este ascunsă de abilități speciale, iar agățul este ascuns de respectul bine-justificat pentru abilitatea și încrederea în ceilalți și pentru tradiție.

II. Recenzie la *Doctorul, pacientul său și boala*¹²⁸

1958

Îmi face plăcere să recenez această carte nu doar pentru că se ocupă de un subiect foarte interesant, ci și pentru că simt că autorul își exprimă bine personalitatea în acest tip de activitate. Se poate afirma că aceasta este cartea unui pionier.

Cartea nu este despre psihanaliză, dar se ocupă de psihanalist în relația sa cu publicul în general. Suntem obișnuiți cu reacția societății la ideile de inconștient refutat și de sexualitate infantilă; este singurul pericol, respectiv că, dacă nu suntem doar buni, dar și stârnim totodată. Oferim ceva, dar părem să-l reținem. E posibil ca psihanaliza să supraviețuiască persecuției, și totodată să fie distrusă deoarece, deși e bună, își rezervă beneficiile pentru acei puțini indivizi care au șansa să-și aranjeze o analiză.

În munca descrisă în această carte, Balint face o încercare aparte de a extindescopul analizei folosind potențialul care există în practica generală. 14 generaliști au format un grup împreună cu Michael Balint și Enid Balint, sub auspiciile Clinicii Tavistock. Încet-încet, grupul a ajuns la formularea unei probleme și a putut fi sesizat și începutul unei soluții. În cele ce urmează, voi încerca să prezint ceva din conținutul cărții și motivele pentru care cred că această carte este importantă pentru psihanaliză.

¹²⁸ Londra: Pitman, 1957. Această recenzie a apărut în *International Journal of Psycho-Analysis* (1958). Copyright Institutul de Psihanaliză

Practica generală oferă un bun mediu pentru răspândirea psihoterapiei în paralel cu psihanaliza. Sunt câteva lucruri legate de practica generală care îl fac pe generalist perfect potrivit pentru această muncă. Va fi clar că nu este posibil să se acționeze pe baza principiului că fiecare medic internist trebuie să aibă o analiză personală. Doctorii trebuie angrenați așa cum sunt și, dacă sunt apti de o viață socială și poate sunt căsătoriți și au familie, și dacă pot duce imensa povară a practicii generale, au șansa să fie maturi, în sensul în care este important pentru psihoterapie. De fapt, suntem de acord că o mare parte din munca medicului internist este psihoterapie, chiar dacă îi place sau nu.

Se constată totuși că mulți doctori excepționali sunt potențial bolnavi din punct de vedere psihic și acești doctori fiind sfătuiți să nu părăsească domeniul medicinei, fizice unde se simt ca acasă.

Prima afirmație făcută de grup a fost cea conform căreia cel mai important medicament este doctorul însuși. Așa cum semnalează Balint în prefață, nu există vreun ghid în manuale privind doza în care doctorul să se prescrie pe sine însuși. Există de fapt foarte puțină bibliografie despre „riscurile posibile al acestui tip de medicație în variatele condiții alergice întâlnite la pacienți care ar trebui supravegheați îndeaproape, sau despre efectele secundare nedorite ale medicamentului.” Se poate spune că munca grupului că este o încercare de compilare a farmacopeii legată de doctorul însuși ca medicament.

Există un lucru legat de medicul generalist care îl situează pe o poziție favorabilă pentru a face psihoterapie și care îi dă într-adevăr un avantaj față de psihanalist și față de specialiștii din alte domenii. Este vorba de disponibilitatea și de continuitatea practicii sale de-a lungul anilor. De aceea nu este nevoie ca psihoterapia să se încheie, decât dacă dezvoltă o intensitate ce poate fi menținută pentru doar o perioadă limitată. Munca grupului lui Balint contribuie la limpezirea problemei psihanalistului legată de anumiți pacienți ale căror analize pur și simplu nu se încheie la sfârșitul perioadei stabilite. Majoritatea analiștilor au avut pacienți cu nevoia de a reapărea din când în când. Analiștii ar putea simți că există ceva care nu merge bine când se întâmplă asta, dar generalistului i s-ar părea chiar normal dacă pacientul lor s-ar reîntoarce din când în când, în

momente critice, sau doar pentru a se simți reasigurat de existența continuă și de sănătatea medicului. Generalistul și familia sa sunt cunoscuți de întreaga comunitate - și e posibil ca principala sa psihoterapie să fie realizată cu pacienți care nu au venit de fapt să-l vadă pe el, ci care folosesc în mod pozitiv faptul că ar putea să vină la el dacă simt nevoia.

M-am referit până acum la situații generale. Munca celor doi soți Balint și a grupului este mai precisă; e interesată, de exemplu, de psihoterapia solicitată de anumiți pacienți. Un principiu enunțat este descris cu termenii de „ofertele pacientului și răspunsurile doctorului”. Se dau exemple care să clarifice faptul că, atunci când pacientul merge la doctor, el îi oferă ceva doctorului, îi oferă dureri sau angoase sau diferite grupări de simptome; pacientul nu poate prevedea cum va răspunde doctorul. Răspunsul doctorului este „un factor contributiv foarte important în vicisitudinile dezvoltării bolii.” Urmează o examinare a efectelor secundare ale doctorului ca medicament. De exemplu, există efectul examinării fizice, pe care unii doctori simt că trebuie să o facă întotdeauna. Există și efectul doctorului care trebuie să reasigure și ale cărui angoase proprii, într-un fel sau altul, domină scena.

Sub titulatura de „cârdășia anonimității”, atenția este atrasă asupra unei importante stări de fapt, binecunoscută în munca socială. Se întâmplă uneori că mulți doctori sunt implicați în tratarea unui pacient sau a unei familii; și nu comunică liber între ei. Nici una dintre persoane nu își asumă responsabilitatea centrală. În munca socială, termenul „caz de lucru” descrie efortul de a aduna toate elementele dispersate și de a plasa responsabilitatea centrală unui operator social. În legătură cu munca socială, s-a remarcat că pot exista multe agenții interesate într-un caz, așa încât problema centrală tinde să fie divizată de diferitele agenții; drept care nu e sigur că există un mecanism pentru re-integrarea cazului. Această stare de fapt sau lipsa cazului de lucru este descrisă în prezenta carte sub titulatura de „cârdășia anonimității”. Se pune întrebarea dacă acest termen exprimă ceea ce autorul intenționează să exprime. Aș afirma că grupul descrie dispersia agenților responsabili și arată cum în anumite cazuri această dispersie are drept cauză o problemă psihică a pacientului sau a uneia dintre figurile centrale ale dramei. Totuși, acest termen alternativ nu reușește să dea seama de

întreaga semnificație pe care i-o atribuie autorul. O relatare clară cu privire la efectul acestei căldășii a anonimității ne este oferită în evoluția unui caz sau a altuia.

O alta problemă discutată este formarea medicului internist. Cu siguranță, dacă medicul generalist are timp și posibilitatea formării, atunci aceasta este necesară. Grupul a beneficiat de un minimum de instruire din partea altor membri din personalul Clinicii Tavistock. E important să înțelegem, totuși, că lipsa unor cunoștințe teoretice pe care să te poți baza nu reprezintă principala problemă. Principala problemă se referă la *folosirea doctorului* – la tot lanțul de folosiri ale doctorului internist de către pacient, chiar dacă boala este mai mult fizică, mai mult psihogenă sau esențialmente un amestec.

Grupul începe prin a preciza „atmosfera psihică specială a practicii generale”. Se discută câteva dintre cauzele succesului și ale eșecului clinic, precum și indicațiile pentru instituirea unei psihoterapii mai bine formalizate. Psihoterapia formalizată își produce propriile probleme de inițiere și de încetare. Balint nu pierde niciodată din vedere faptul că principalul obiectiv nu este doar o problemă de psihoterapie specializată, ci că psihoterapia trebuie să treacă imperceptibil în toată munca medicului generalist, inclusiv în modul în care se ocupă de caz atunci când pacientul este bolnav fizic.

Balint pune accentul pe ceea ce el numește „funcția apostolică” a doctorului. Acest termen, care ocupă un loc important în carte, poate fi înșelător. Balint explică modul în care îl folosește astfel: „Era ca și cum fiecare doctor avea cunoștințe revelatoare a ceea ce era bine și a ceea ce era rău pentru pacienți să aștepte sau să îndure, și mai mult, ca și cum avea îndatorirea sacră de a-i converti la credința sa pe toți pacienții ignoranți și necredincioși.” În mod cert, a devenit foarte important pentru medicii generaliști ai acestui grup să li se prezinte ideea că ei trebuie să ia seama la motivele lor și efectiv *la propriile personalități*. Acești doctori au o cauză pentru care să se lupte și care este asemănătoare, dar nu identică, cu nevoia primară a analistului, cea de a fi analizat. Și dacă ar fi posibil pentru medicii interniști care fac acest lucru să fie analizați, ei tot ar trebui să preia sarcina specială examinată în capitolul intitulat „Funcția apostolică”, altfel spus, tot ar trebui să o ia de la

început în încercarea de a stabili premisele muncii medicului generalist. Se poate adăuga că nu i-ar strica nici unui analist dacă, din când în când, ar reafirma premisele practicii sale analitice. Nu este în mod necesar vorba de a modifica ceva. Oricine practică meseria de doctor are nevoie să vadă ce anume este de făcut și să fie preocupat de propria-i atitudine și de propriile acțiuni, așa cum sunt, și de pacienții ce manifestă simptome și răspunsuri la tratament. Cu siguranță, Balint consideră acest lucru foarte important atunci când afirmă: „Studiul funcției apostolice este poate cel mai direct mod de a studia efectul principal - terapeutic - al acestui medicament” (respectiv, doctorul).

Desigur, psihanaliza are ceva de învățat din studiul medicului generalist, al atitudinii sale și al autoprescrierii sale. (Și opusul este, fără îndoială, adevărat.) Balint pretinde că psihanalistul are noțiuni despre terapia medicului generalist, în mare parte din literatura despre teoria și practica interpretării, în special din partea care se referă la modul în care este abordată tendința pacientului de „a trece la act”. Medicul generalist este prins firesc în interpretarea pacientului său și probabil că în majoritatea cazurilor se poate ocupa de problemele imediate care aparțin unui anumit exemplu de interpretare, omițând analiza temei centrale. E interesant totuși, pentru generalist, să înțeleagă tema inconștientă sau centrală, în timp ce este prins în interpretarea la periferie.

Psihanalistul este cu atât mai conștient de rolul medicului generalist cu cât un pacient în analiză are nevoie de atenție din cauza astmului, a amețelii sau a sentimentului avut devreme dimineața că moartea plutește în aer. Altfel spus, analiștii devin conștienți de rolul jucat de medicul generalist în pentru pacientul în analiză. E posibil ca analiștii să nu fie la fel de conștienți de numărul extraordinar de mare de pacienți cu care medicii generaliști au cu succes de-a face, fără a fi deloc în analiză.

Melanie Klein: despre conceptul său de invidie

I. Recenzie la *Invidie și recunoștință*¹²⁹

1959

Recenta carte a domnișoarei Klein, *Invidie și recunoștință*, atrage atenția asupra subiectului invidiei și stimulează luarea în considerare a originii invidiei la copil. Ar fi potrivit să folosim acest detaliu într-o carte care ar conține și o scuză pentru o afirmație personală. Este într-adevăr interesant să luăm un concept precum cel al invidiei și să ne gândim nu numai la înțelesul lui în viața zilnică, dar să încercăm și să-l urmărim până la origine, în dezvoltarea sugarului uman.

În această carte, dra Klein face câteva comentarii clare despre invidie, dar, în opinia mea, în ceea ce spune există și câteva greșeli. Mi se pare foarte greu să arăt care sunt exact greșelile respective, drept care cred că e un exercițiu important să încerc să-mi formulez propria părere.

E valoros pentru psihoterapeut să i se reamintească importanța invidiei pe care o întâlnește în practica sa analitică, așa cum o întâlnește și în viață. Melanie Klein folosește cuvântul „invidie” într-un mod care e ușor de urmărit atunci când descrie elementele distructive din relația pacientului cu analistul, când analistul e perceput ca satisfăcător. Desigur, când analistul nu reușește într-o problemă, se așteaptă ca pacientul să simtă furie; e necesar pentru analist să recunoască forțele distructive care nu aparțin furiei reacționale. În condiții de sănătate, aceste forțe distructive se realizează acelor pulsioni care pot fi numite „de iubire”. Mă simt în dezacord total cu dra Klein atunci când coboară problema până în pruncie, ca și atunci când spune: „Cred că invidia este o expresie oral-sadică și anal-sadică a pulsionilor distructive, operând de la începutul vieții, și că are o bază constituțională” (prefață).

Consider că este necesar să distingem între descrierea unui sugar și descrierea proceselor primitive, așa cum apar în analizele copiilor și ale adulților. Un pacient care și-a început de curând analiza cu mine, mi-a spus într-o ședință următoarele cuvinte: „În sfârșit am găsit pe cineva pe care să nu-l

invidiez. Nu vă invidiez pentru ca sunteți un bun analist. Aș putea să vreau să vă omor, dar nu simt că vreau să trebuiască să distrug lucrul din dumneavoastră care vă permite să-mi faceți analiza.” Bineînțeles că e posibil ca acest pacient să mă urască ulterior, dar atunci va avea un motiv. Această invidie va fi asociată cu eșecul meu în a fi disponibil. Aproape de începutul analizei nu eram încă „descoperit” și puteam urmări nevoile pacientului destul de îndeaproape, în așa fel încât să nu apară invidia că îi pot asigura terapia. Din acest detaliu, se poate vedea cum invidia este o temă vitală și importantă, recurentă în terapii, și care, în analize, poate fi studiată în detaliu și poate fi urmărită evoluția ei. Invidia apare de asemenea în relația dintre asistentul social și clienții săi, precum și în celelalte relații profesionale, deci ea trebuie înțeleasă. Este unul dintre acele lucruri care trebuiesc cercetate de analist, iar rezultatele trebuiesc aplicate în practica sa, care este mai generală.

S-ar părea ca termenul „invidie” implică o atitudine, ceva menținut pentru o vreme. În această atitudine a subiectului față de obiect, termenul „invidie” implică mai departe o percepție a unei proprietăți a obiectului, o proprietate care nu este o proiecție a subiectului, un factor de mediu, un fenomen extern, ci ceva inherent obiectului. Aici, invidia poate fi comparată cu mila; obiectul are cu adevărat ceva bun sau ceva rău în el, caz în care subiectul este fie invidios, fie milos. Pentru mine, cuvântul „invidie” implică un mare grad de sofisticare, altfel spus un grad de organizare a Eului în subiect, organizare care nu este prezentă la începutul vieții. Poate fi prezentă după câteva săptămâni sau luni, dar avem nevoie de un termen (precum sadismul oral) pentru a descrie relația sugarului cu un obiect, o relație condusă de o tendință pulsională și datând aproape de la începuturi. (Trebuie să se accepte existența unei anumite etape la începuturi, înainte de a se vorbi de fuziunea pulsioniilor distructive și erotice.)

Melanie Klein observă invidia în practica ei analitică, iar în această carte îi cercetează în profunzime semnificația. Are sens, referindu-ne la o analiză, să aduc în discuție cuvântul „invidie”. Într-o analiză, chiar și atunci când pacientul se află în regresie severă și e dependent, există o parte a personalității care cooperează cu analistul, care este sofisticată și nu se află în regresie. Astfel,

¹²⁹ Londra:Tavistock, 1957. Această recenzie a aparut în **Prezentare de caz** (ianuarie 1959).

pacientul care vine la analist, poate continua și serviciul, și să conducă o casă, și totuși să fie în regresie severă și dependent, în acel stadiu în care traviul analitic efectiv are loc. Dar și Melanie Klein împinge acest concept înapoi până la pruncia cea mai timpurie.

Aici vreau să exprim o părere personală. Dacă accept ca pe o evidență că Melanie Klein descrie ceva adevărat în relație cu munca noastră analitică și profesională, atunci apare o obiecție. Pentru mine, nu există posibilitatea unei descrieri a sugarului care să lase deoparte comportamentul persoanei ce are grijă de bebeluș; sau, într-o relație cu obiectul, comportamentul obiectului. Deși pot obține lucruri valoroase din perspectiva mecanismelor primitive ale naturii umane, dintr-un studiu al individualului în analiză, nu pot extrapola asta la situația de fapt a prunciei fără să țin seama de atitudinea și comportamentul persoanei care are grijă de sugar. Așa cum văd eu lucrurile, la început relația bebelușului cu un obiect este atât de intim legată de reprezentarea obiectului pentru sugar, încât cele două aspecte nu pot fi separate. În termenii relației de obiect, sugarul este în întregime dependent de modul în care fiecare fărmă din univers îi este prezentat bebelușului, încât se poate spune că lumea îi este prezentată sugarului fie într-un mod în care obiectul pare creat de tendința pulsională a bebelușului, fie într-un mod prin care nu există nici o legătură între elementul creativ al sugarului și existența obiectului extern.

Dacă această părere, pe care am exprimat-o adesea, este acceptabilă, s-ar părea atunci că invidia la sugar este parte a unei stări de lucruri foarte complexe, în care există o reprezentare persecutorie a obiectului. Invidierea mamei pentru ceva bun legat de ea poate apărea doar dacă mama este persecutorie în prezentarea ei sugarului. „Persecutorie” aici înseamnă că mama se adaptează îndeajuns de bine încât întâmpină elementul creativ din sugar și sugarul începe să sesizeze că există ceva bun în exteriorul *Self*-ului, dar nu încă în mod susținut, așa încât, într-o anumită măsură, sugarul se simte privat. În cazul în care calitățile bune ale mamei îi sunt disponibile sugarului, atunci invidia nu are ce căuta și nu se pune problema invidiei. Conform acestei perspective, invidia nu are o rădăcină adâncă în natura sugarului, iar apariția ei este o reacție la eșecul mamei de a se adapta.

Există poate o soluție la această dificultate. Tema invidiei poate fi formulată în termenii unui proces de deziluzie ce începe odată cu adaptarea mamei și include încercarea ei treptată de adaptare, asociată cu capacitatea în creștere a sugarului de a face față unui asemenea eșec. E normal să existe eșec în adaptare, așa cum voi eșua să vin în întâmpinarea nevoilor noului meu pacient care încă nu m-a „depistat”. Atunci ar fi posibil să vedem invidia ca pe un lucru real în viața sugarului. Atunci invidia ar fi văzută ca un subprodus al dezvoltării relației mamă-sugar și al organizării Eului la sugar. Dacă, pe de o parte, descriem invidia drept o caracteristică infantilă, fără să menționăm comportamentul obiectului și tot ce implică el, atunci cred că ceva nu e în regulă. A vorbi despre sugari nu este același lucru cu a vorbi despre stadii primitive în dezvoltarea emoțională a persoanelor, așa cum sunt observate în studiul pacienților. Aceste două discursuri sunt diferite pentru că, după cum am spus, pacienții aduc la analiză o mare parte din dezvoltarea sănătoasă și din sofisticare o dată cu boala și cu aspectele primitive ale naturii lor, și de asemenea fiindcă nu pot relatea aspecte ale îngrijirii materne despre care nu au fost niciodată conștienți.

În opinia mea, cuvântul „invidie” din sintagma „invidie orală sadică” slăbește conceptul de sadism oral. Acest concept a avut întotdeauna o importanță extraordinară în zona largă a gândirii și a practicii psihanalitice explorată de Melanie Klein. Sadismul oral este un concept valoros deoarece se alătură conceptului biologic de foame, o tendință a relației cu obiectul care vine din surse primitive și care devine dominantă cel puțin din momentul nașterii.

II. Începuturile în formularea unei aprecieri și a unei critici la afirmațiile lui Klein privind invidia¹³⁰

Datată 16 iulie 1962

În acest eseu, încerc să mă servesc de lucrarea lui Melanie Klein de la Congresul de la Geneva¹³¹ și de cartea ei *Invidie și recunoștință*¹³². Mi-am exprimat adesea critica față de această parte a operei

¹³⁰ Există mărturii că această lucrare, în care Winnicott se ocupă de detaliile ideilor sale, a fost scrisă târziu noaptea și, deși dactilografată mai târziu, nu a fost niciodată revizuită. - EDS.

¹³¹ Lucrare prezentată la al XIX-lea Congres Internațional de Psihanaliză, Geneva, iulie 1955; vezi “Un studiu al invidiei și recunoștinței” (1956) în *Opere alese. Melanie Klein*, ed. Juliet Mitchell (Penguin, 1986)

¹³² Londra: Tavistock, 1957

sale, dar critica mea este limitată la două aspecte, care sunt fără îndoială legate între ele. Mai întâi, mă gândesc ca termenul „invidie” nu poate fi folosit în descrierea vieții de început a sugarului. O astfel de utilizare a acestui cuvânt este împotriva firii și aduce un prejudiciu, în ochii mei și ai altora, ideii generale a cărții. În al doilea rând, introducerea ideii de agresivitate moștenită slăbește argumentul central al cărții și ne provoacă să luăm seama la orice punct slab care ar putea exista în argumentul general. Nimeni nu se îndoiește de existența și importanța a ceea ce este moștenit. Se ridică întrebarea dacă un argument metapsihologic poate explica fenomenele prin referire la ereditate până la înțelegerea completă a interjocului dintre factorii personali și cei de mediu. După părerea mea, exista o lacună serioasă în înțelegerea argumentului lui Melanie Klein, iar această lacună nu este recunoscută, sesizarea ei fiind încețoșată de referirea la agresivitatea moștenită.

Într-o discuție la Societatea Britanică de Psihanaliză¹³³ (pe baza unei lucrări a dr. Donald Meltzer), în care am lansat o provocare la adresa presupunerii din opera lui Klein conform căreia invidia este în tot, dr. S. S. Davidson a remarcat că Melanie Klein nu s-a oprit din drum și s-a gândit: „Despre ce să scriu?”; a fost îndemnată să scrie din cauza sentimentului ei că invidia este o problemă importantă care necesită să fie examinată datorită importanței ei în munca psihanalitică clinică - și pentru că a simțit că trebuie să contribuie la etiologia ei. Acest aspect este cu ușurință acceptat și a fost valoros pentru mine, ca și pentru mulți alții, să mi se atragă atenția asupra importanței invidiei în munca noastră psihanalitică, deși subiectul nu este unul nou și e puțin probabil că analiștii sunt orbi la invidie atunci când devine o trăsătură importantă în analiza lor. Mai mult, a fost important pentru noi să ni se spună că invidia trebuie examinată separat de cazul special al „invidiei penisului”, un termen care a fost foarte mult folosit și care nu este bine tradus din germană. Melanie Klein ne-a reamintit că folosim cuvântul „invidie” în afara contextului specific al poziției feminine în faza falică.

¹³³ Probabil la o întâlnire științifică pe 15 februarie 1961 - EDS.

De fapt, Klein ne-a arătat ca pacienții îl invidiază pe analist atunci când acesta realizează un travaliu analitic bun, travaliu care este eficace și din care pacientul derivă exact beneficiul pe care a venit să-l obțină în analiză. În jargonul inter-comunicărilor psihanalitice, pacientul invidiază sânul bun.

Nu am nici o îndoială, din propria mea practică, asupra faptului că această observație este adevărată - și apreciez că ea a fost evidențiată. În același timp, ar trebui să se lucreze mult la această idee înainte de a fi acceptată așa cum este afirmată de Klein.

Sunt de părere că Melanie Klein nu și-ar fi putut dezvolta argumentul despre „sânul bun” al analistului fără să abordeze problema calității muncii analistului, respectiv capacitatea analistului de a se adapta nevoilor pacientului. Legat de acesta, avem în vedere capacitatea mamei de a se adapta chiar de la început nevoilor Eului nou-născutului (inclusiv nevoile *Self*-lui). Argumentul lui Klein a condus-o într-un punct din care trebuie fie să se ocupe *de dependența sugarului față de mamă* (a pacientului de analist), fie să ignore în mod deliberat factorul extern variabil al mamei (al analistului) și să caute înapoi, în termenii *mecanismelor primitive personale ale sugarului*. Alegând acest al doilea curs, Klein s-a implicat într-o negare implicită a factorului mediu și, în consecință, s-a descalificat de la a descrie copilăria timpurie, care este o perioadă a dependenței. Astfel, a fost forțată să ajungă prematur la factorul moștenire.

Le revine urmașilor lui Melanie Klein să dezvolte această temă bogată și să reformuleze problema fără a recurge la o negare *implicită* a mediului. Trebuie subliniat că nu a existat o negare *explicită* a mediului, iar Melanie Klein însăși a fost întotdeauna supărată de ideea că i-a fost atribuită o negare a importanței mediului, în special de mine. Dar rămâne faptul că, în această operă, referitor la invidie, există o neglijare implicită a comportamentului mediului.

Va fi ușor să ilustrăm tema principală a lui Melanie Klein despre invidia sânelui bun în transferul din psihanaliză, deoarece aproape în fiecare caz aceasta devine, din când în când, tema principală - în special către sfârșitul analizei.

Un pacient bărbat aflat spre sfârșitul analizei sale

Analiza s-a făcut în mare parte pe baza unui transfer pozitiv, transferul negativ fiind întotdeauna exprimat față de persoane din afara analizei. La început, transferul implica pacientul în antagonisme destul de amăgitoare, dar, de ceva timp încoace, pacientul a putut identifica destul de obiectiv persoanele pentru a-și interpreta transferul negativ. Au existat exemple foarte acute în care m-am confruntat cu transferul negativ.

Sfârșitul analizei a fost mult lucrat pe baza primei identificări cu tatăl la pubertate și, în final, a distrugerii tatălui și a înlocuirii lui. În acest timp, complexul Oedip a apărut într-o formă simplificată, care era importantă datorită unor calități ale mamei pacientului care a schimbat tabloul. În cazul mamei, a menționat întotdeauna că există motive pentru un băiat să se îndepărteze de mamă, care sunt mai adânci și mai timpurii decât motivele complexului Oedip, precedând deci triumful oedipian.

Distrugerea analistului bun a apărut dintr-odată ca material, fără ca pacientul să înțeleagă de ce. În timpul transferului, pacientul a angajat un alt clivaj în obiect, cel dintre profesor și analist. Analistul nu predă, iar pacientul rezistă profesorilor. Pacientul nu are vreo problemă în acceptarea analistului, dar profesorii sunt eliminați de la început din cauza nevoii lui de a învăța singur. Nevoia datează din copilărie. Există o excepție în relația de predare, de când el a descoperit că, atunci când profesorul este foarte bun, îl apreciază foarte mult. În istoria personală, totuși, profesorii buni au murit fie din cauza bolii, fie din cauza războiului etc.

Parcurgând acest material acum, pacientul era foarte aproape de distrugerea pe cont propriu a profesorului bun. În acest punct este necesar să interpretăm invidierea profesorului bun. Interpretarea a fost una foarte lungă și a vizat marea dificultate a pacientului în a-i permite altcuiva să-i fie necesar. El poate învăța singur, dar pentru a învăța limba franceză, trebuie să-i atribuie profesorului de franceză rolul de dascăl. I-a plăcut de bunul profesor de franceză, dar acesta a fost ucis în război. Dacă bunul profesor, plăcut de pacient, trăiește, atunci pacientul trebuie să-l distrugă, prin a înceta să mai aibă nevoie de el. E ca și cum el ar suporta situația prin delegarea actului predării pentru un timp limitat sau într-un mod limitat.

Am revenit apoi la problema teoretică a alăptării. Am spus: „Te-ai putea hrăni mai bine tu singur decât te-ar putea hrăni altcineva, pentru că tu știi de ce ai nevoie; dar, pentru a primi lapte, trebuie să-i transmiți mamei sarcina hrănirii. Ai putea face asta pentru un timp limitat și apoi să te înțarci, ca să spunem așa. Dacă asta s-ar fi întâmplat în mod satisfăcător, n-ai fi aflat vreodată cât de supărat ai fost când ai transmis mamei sau sânului rolul de a te hrăni. În cazul mamei tale, totuși, a existat o tendință de a se agăța de acest rol și de aceea ai devenit conștient de nevoia extraordinară de a te elibera, iar asta ți-a dominat o mare parte din viață. În spatele acestei nevoi stă furia ta față de mamă sau față de sânul bun, pentru că au fost necesare.”

Recunosc că, interpretând așa, creditez ceva care se aseamănă conceptului drei Klein despre invidia sugarului față de sânul bun. Când totul merge bine, există un antagonism teoretic la ideea ca obiectul extern este necesar, ceva ce nu este adevărat la început, deoarece obiectul este unul subiectiv; dar încet-încet devine adevărat o dată cu perceperea obiectivă a obiectului. Într-un mare număr de cazuri, probabil că sugarul nu află niciodată despre ceea ce dra Klein numește invidia sânului bun, iar eu numesc intoleranță față de necesitatea unui reprezentant extern pentru ceea ce e simțit original ca fiind parte a Self-ului. Când mama nu renunță de bunăvoie sau renunță prea încet la rolul ei, atunci sugarul dezvoltă ura și o nevoie de a se elibera - dar aceasta nu este invidia față de sânul bun la care referă dra Klein, ci este furie față de mamă din cauza eșecului ei procedural, care aduce în relația reală un sentiment ce aparține inconștientului primar, teoretic, latent.

Un analist practicant are deci șansa de a verifica această parte a afirmației lui Melanie Klein sau de a descoperi o absență a verificării. Este un fapt izbitor, totuși, deoarece, încheind o fază din acest aspect al analizei, analistul nu consideră că analiza pacientului s-a terminat. Apare o mare ușurare atunci când se oferă această interpretare la momentul potrivit, dar ceva scapă interpretării și, cu siguranță, este ceea ce a simțit Melanie Klein când a afirmat că unii indivizi care vin la analiză moștenesc o puternică tendință agresivă.

Voi încerca aici să ilustrez faptul că se depune un mare efort în analiza unui pacient *după interpretarea invidiei sânului bun*, ceea ce nu ar fi necesar dacă afirmația lui Melanie Klein ar fi

corectă. Dacă afirmația ei ar fi corectă, după analiza invidiei sânelui bun nu ar mai fi nimic de spus despre agresivitatea pacientului, cu excepția moștenirii. Aceasta ar fi poate corectă, dar în realitate nu se întâmplă așa. Munca lui Melanie Klein referitoare la invidie ar fi o parte importantă dacă ar duce la o mai bună înțelegere a ceea ce ea a numit, poate greșit, invidia sânelui bun în relația existentă a sugarului cu mama sa, într-un stadiu foarte timpuriu.

În cazul pacientului al cărui material de analiză a fost folosit pentru a ilustra invidia sânelui bun în transfer, s-a dovedit a fi necesar să se lucreze în continuare.

Un pacient a adus în discuție un vis către finalul analizei. Ca tipar al analizei, trebuie spus mai întâi de toate că avusese o lungă perioadă, de trei ani, în care avansase și în care cooperase la un nivel profund. Aceasta a însemnat mult pentru el. Apoi analiza a început să fie haotică, și dintr-un motiv clar, pacientul a simțit acum nevoia de a produce material care să nu fie ușor de înțeles. Aceasta l-a dus, încet-încet, la certitudinea că nu există vreo speranță de a obține ceea ce-și dorea. După ce în prima fază, nu avusese nici o îndoială, acum devenise, dimpotrivă, din ce în ce mai sigur că analiza se va încheia fără să fie terminată. În această fază lipsită de speranță a existat, ca și în prima fază, un travaliu analitic bun, care a condus la modificări clinice. Dar așteptările pacientului se schimbaseră. Invidia față de analist a fost întotdeauna evidentă și a fost interpretată ori de câte ori a apărut în interpretare, fiind pusă în legătură cu copilăria pacientului, conform tiparului său.

Pacientul a visat că a obținut în mod neașteptat 20.000 de lire sterline; nu ca plată pentru ceva anume și nici nu a trebuit să parieze pe un cal. Era iritat că nu-și amintea mai mult din vis. Interpretarea bazată pe materialul avut la dispoziție a fost că acum știa pentru ce venise la analiză și mi-a spus că de fapt a reușit. El venise pentru 20.000 de lire sterline.

În fazele de început a insistat să-mi dea o sumă peste capacitatea lui de a plăti. Au existat multe indicații la începutul analizei că era vorba de o formațiune reacțională și că, în final, se va vedea că a venit pentru bani. Fura de la mine din când în când, ca dovadă. Astfel de interpretări au dat rezultate, iar pacientul a spus că de fapt analiza i-a mărit capacitatea de a câștiga până-ntr-atât încât valoarea sa de capital a lui a crescut la 20.000 lire sterline. O dată cu interpretarea visului, a apărut

și sentimentul că acum analiza s-ar putea încheia realmente, în loc să se termine artificial. Aceasta a însemnat o recunoaștere a ceea ce a obținut de la mine și având legătură cu introducerea de către Melanie Klein a ideii de recunoștință în situația rezolvărilor satisfăcătoare ale unor asemenea dificultăți. Recunoștința este dependența recunoscută. O analiză mai adâncă a nevoii de bani în cele două aspecte ale ei era necesară; mai întâi ca simbol al dragostei și, în al doilea rând, ca substitut al dragostei care implica și recunoașterea privării. În acest caz, privarea era una relativă și legată mult de atitudinea reală a tatălui față de bani, care a fost asociată la rândul ei cu homosexualitatea reprimată a tatălui.

În termenii dezvoltării emoționale a sugarului, această problemă a invidiei se leagă de ceea ce oferă mediul. Acolo unde există o mamă îndeajuns de bună, sugarul, la început absolut dependent, primește de fapt „un sân bun”; această mamă îndeajuns de bună preia aceasta proiecție. Astfel, în decurs de săptămâni și luni, sânul bun pe care îl folosește sugarul nu este doar o proiecție, ci este și disponibil, chiar dacă este extern *Self*-ului. Până când sugarul ajunge să perceapă că sânul bun este extern și că aparține mediului și nu *Self*-ului, se dezvoltă germenii a numeroase mecanisme psihice care îi permit sugarului separarea de obiect și folosirea acestei separări la începutul drumului spre independență.

(Am încercat să descriu cel mai important dintre aceste mecanisme psihice prin sintagma „fenomene tranziționale”, adică o zonă intermediară a experienței, care este și *Self* și *non-Self*, adică atât sugar, cât și mamă.)

Trebuie reținut că pacientul care se ocupă într-o analiză de relația de bază cu sânul trebuie să accepte ideea *dependenței*. Aceasta implică, la o extremă, regresie; iar la cealaltă extremă, acolo unde Eul poate tolera faptul, implică recunoștință (sau dezaprobare).

Pentru sugarul în brațe, aceste condiții nu se aplică. Dependența este o realitate existentă și începe cu o dependență absolută; recunoștința și resentimentul ca recunoașteri ale dependenței nu au loc. Nimic altceva nu se cunoaște încă.

Pentru sugari, există o porție de bază de „sân bun”, fără de care etapele de început ale dezvoltării emoționale ale individului nu debutează. Diferiți autori au încercat să formuleze acest fapt. Balint, în conceptul lui despre iubirea primară, eu, în termenii de „maternaj îndeajuns de bun” și de „preocupare maternă primară”. „Sânul bun” se dovedește a fi un termen de jargon pentru (a) „maternaj îndeajuns de bun”, (b) hrănire satisfăcătoare” și (c) îmbinarea punctelor (a) și (b), mai întâi în mediu și apoi în mintea sugarului.

La câteva luni după naștere, sugarul este cu siguranță capabil de experiența orală sadică, altfel spus poate experimenta iubirea primitivă în care impulsurile motorii se contopesc cu satisfacerea zonelor erogene și sugarul ajunge la a mânca obiectul - și la a fi mâncat, dacă este iubit. Cam în același timp, acest obiect primar încetează de a mai fi un fenomen subiectiv, iar dacă toată experiența este direcționată către ceea ce este simbolic din obiectul primar, sugarul se poate atunci juca, imagina și poate experimenta folosirea obiectului primar doar în vise.

Mai presus de toate, aceasta este o perioadă, sau o fază în viața nou-născutului, la care principalele probleme care îl privesc pe pacient în analiză nu sunt atinse. Altfel spus, există o fază semnificativă înainte de poziția depresivă (pentru a folosi termenul lui Melanie Klein, chiar dacă nu este un nume bun pentru un stadiu foarte important și real al dezvoltării) care poate fi atinsă, iar dezvoltarea pe care o reprezintă - consolidată.

În această fază timpurie, sugarul dezvoltă un sistem de memorie și o conștiință de sine care pot fi proiectate. Mama îndeajuns de bună vine în întâmpinarea acestei proiecții; și astfel relația sugarului cu sânul bun este o relație cu o proiecție a Self-ului. *Nu există loc pentru invidie aici.* Sugarul care nu este îngrijit bine de mamă nu se aseamănă celui disponibil pentru proiecție, cât privește sânul bun al mamei. Primul eșuează în proiecție. În cazurile pe care le întâlnim în analiză se poate presupune că a existat o situație tensionată în care grija mamei a fost îndeajuns de bună și totuși nu destul de bună, astfel încât sugarul a cunoscut sânul bun, dar nu l-a obținut, decât ca pe un lucru care a întrerupt continuitatea de a fi a Self-ului. În aceste circumstanțe, un sugar invidiază sânul bun, sau îl distruge atunci când vine, într-un mod în care nu preia proiecțiile sugarului.

Avem aici paradoxul unui sân bun care este un persecutor, un lucru care trebuie distrus. Apare astfel agresiunea, îndreptată spre obiectul bun, dar această agresiune apare ca reacție și nu reprezintă agresivitatea pulsionii de iubire primară, care reprezintă o realizare, o fuziune între erotismul muscular și orgia senzorială a zonelor erogene.

Altfel spus, nu există loc în teoria noastră pentru invidia sugarului față de sânul bun când acesta este o proiecție, cum este atunci când are loc o îngrijire maternă îndeajuns de bună. Acest concept de invidie a sânului bun nu este valid, cu excepția cazului unui eșec relativ de îngrijire maternă în stadiile primare.

După părerea mea, încercarea lui Melanie Klein de a descrie istoria primară a agresivității este sortită eșecului din momentul în care a încercat să o separe de problema comportamentului mediului. Între factorul ereditar și invidie există iubirea primară și hrănirea, care încă nu a devenit crudă deoarece există această realizare a fuziunii, iar efectul asupra unui obiect nu este încă o problemă de interes. Această etapă este premergătoare poziției depresive, pe graficul teoretic al dezvoltării emoționale umane.

Următoarea observație clinică ilustrează acest lucru. Este vorba despre analiza unei femei în vârstă de 25 de ani. Ea s-a descris drept o persoană care toată viața a încercat să reducă pierderile și care și-a dezvoltat o apărare de succes și anume, exploatarea totală a obiectelor substitute. Aceasta este o varietate de fals *Self*, falsitatea existând mai mult în acceptarea substitutelor, decât în stabilirea unui substitut de *Self*. Motivul pentru care pacienta a venit la analiză a fost cel de a fi eliberată de această apărare care nu dădea o constanță a obiectului și care o făcea să se simtă tot timpul nesigură asupra valorii vieții.

Într-o săptămână crucială a analizei sale, pacienta a ajuns la poziția depresivă. S-a descris ca probiberon și anti-sân. A declarat că este o sticlă. A aruncat sticla pe jos, a spart-o, a urmărit-o și a privit satisfăcător la distrugerea ei. Moartea ei era întotdeauna o idee interesantă, din cauza dramatizării acestui eveniment - care implica, evident, că era în viață, în toate formele *Self*-ului (sticla), și că se bucura de propria înmormântare, altfel spus. De fapt, a venit la analiză pentru a

deveni capabilă să moara. Din materialul ei, se vedea că își exploata la maximum pecetea particulară de apărare maniacală și exaltare. Dar a avut un vis supărător. Era în analiză la M. Cum ar putea M. să interpreteze versiunea lui Klein, cu mușcatul și toată încurcătura cu sânul bun și cu atacurile la adresa corpului mamei, când ea era un tip matern, îngrozitor de plictisitoare? Și așa mai departe.

Interpretarea s-a bazat pe o evidență clară, anume că M. reprezenta partea de Melanie din numele lui Melanie Klein. Cu alte cuvinte, a ajuns la lucrul de care se îndepărtase, la sânul pe moarte al mamei. Interpretarea a venit ca un șoc pentru pacientă, care a spus că nu s-a gândit niciodată la Melanie Klein ca având ceva de-a face cu un sân bun - doar cu atacul la sân. Acum ajunsese la analiza cu Melanie - sânul bun (cf. conceptului „creierului sân bun” al lui Meltzer), iar asta a condus-o la a face exact contrariul a ceea ce ea numea „a reduce pierderile”. A făcut-o să se uite la sânul muribund (un eșec în experiența ei de alăptare) și să fie interesată de partea pe care ea a jucat-o în eșecul mamei. S-ar putea spune că a fost „prima dată” când acest pacient s-a simțit cu adevărat interesat de relația sugar-obiect. În același timp, și-a dezvoltat bine interesul pentru o relație mama-sugar sau copil.

La acest moment în analiza ei, din întâmplare, în viața ei a intrat o pasăre rănită. În drum spre analiză, a dat peste o pasăre rănită și a venit la ședință supărată, conștientă încă o dată de „reducerea pierderilor”, îndepărtându-se de pasărea de care îi era teamă. După câteva minute, s-a întors la pasăre, chiar dacă aceasta însemna un drum lung, dar mai întâi mi-a dat timp să interpretez pasărea ca reprezentare a sânelui muribund din experiența ei de sugar. A găsit pasărea și a adus-o la viață și aceasta a fost ședința ei analitică din acea zi. Experiența a marcat un punct de cotitură în analiza ei și poate și în viață, deși schimbările care au urmat au însemnat o renunțare la exaltarea care însoțește o apărare de succes în fața grijilor. (Nu putem numi asta apărare maniacală, deoarece acest termen a fost dat negării depresiei, altfel spus, unei apărări organizate după accederea la poziția depresivă.)

Acum această pacientă se afla exact în punctul în care invidia sânelui bun (a analizei ei bune) e posibil să apară. Dar aceasta nu s-a întâmplat deoarece analistul îndeajuns de bun prelua o proiecție a calităților ei. Nu numai că a existat mult material de tipul mamă îndeajuns de bună-copil, dar chiar în acea ziua care conținea principala afirmare a rupturii dintre ea, dintre cea care reducea pierderile (sânul mort), și *Self*-ul relaționat la infinit cu obiecte-substitut (sticle), la sfârșitul ședinței a spus că s-a simțit sigură că eu cred că ea este un caz interesant, iar când a plecat s-a simțit golită, dar și-a dat seama că, după câteva ore, mai ales dacă doarme, poate recupera. Am interpretat aici că astfel eu eram sugarul și că ea mă hrănea cu sânul ei bun, și că știa deja despre puterea sânelui de a reumple. În această analiză, mai mult ca în alte experiențe ale mele, a fost nevoie ca analistul să fie cineva care trebuia, cu grijă, să nu facă mai mult decât a veni în întâmpinarea ei - ori să facă reale proiecțiile pacientei. În această analiză am spus foarte puțin, de multe ori nimic, și rar am făcut mai mult de o interpretare pe ședință. Foarte evident, analiza mea îndeajuns de bună în acest caz înseamnă o proiecție căreia îi vin în întâmpinare și cu care încerc să nu interferez. Astfel, nu există invidie a sânelui bun. Totuși, dacă printr-o greșeală tehnică aş face sau aş zice ceva care îi este străin materialului disponibil pentru proiecție al pacientului, atunci aş deveni imediat un persecutor și ar trebui să fiu distrus, bun sau rău, și mai ales dacă sunt bun.

Concluzii

Îngrijirea maternă îndeajuns de bună oferă prilejul pentru o dezvoltare constantă a procesului personal al sugarului. Aici, calitatea de sân bun a mamei este o proiecție a calității corespunzătoare la sugar. Mama îndeajuns de bună preia proiecția bună și o face reală. Atâta timp cât se întâmplă asta, sugarul nu invidiază sânul bun, dar este capabil să se identifice cu el și cu mama îndeajuns de bună, și treptat să recunoască faptul că mama care a preluat proiecția este parte a mediului, a lumii Non-Eu.

În îngrijirea care nu este îndeajuns de bună, mama nu poate prelua proiecțiile bune, iar atunci apare fie haosul și un început de psihoză, fie o condiție persecutorie, în care sugarul știe despre existența

unui sânul bun extern, care nu se poate adecva acelei calități a sugarului de a fi gata pentru proiecția asupra unui sân bun. Într-un astfel de caz, sânul bun este un persecutor și trebuie refuzat sau distrus. Cuvântul „invidie” nu se aplică acestei situații când sugarul percepe un sân bun care a eșuat să preia proiecția.

În aceleași condiții ca în analiza copiilor și a adulților, cuvântul „invidie” poate fi folosit și încă în modul în care o face Melanie Klein. Diferența dintre situația analitică și situația din copilăria timpurie este aceea că pacientul analitic trebuie, în mod necesar, să se ocupe de faptul dependenței, în timp ce, la început, sugarul este dependent și nu cunoaște altă condiție. La fel, copilul sau adultul care nu este capabil de recunoștință este bolnav, dar la sugar nu e loc pentru ideea de recunoștință, deoarece o porție de îngrijire îndeajuns de bună face parte din sugar, deși este necesar ca ea să îi fie oferită de mamă.

Astfel, deși afirmația lui Melanie Klein despre invidie are o mare semnificație pentru analistul practicant, nu este ceva care se poate aplica sugarilor și deci nu este posibil să tragem concluzii din afirmația lui Melanie Klein despre originile tendințelor agresive la individ.

De fapt, afirmațiile despre invidie ale lui Melanie Klein, atât cât ideile ei vizează pruncia, par să-i slăbească munca ei importantă din sfera a ceea ce ea numește poziție depresivă. Teoria despre rădăcinile agresivității nu este deloc îmbogățită de afirmațiile despre invidie ale lui Melanie Klein; și devine confuză din cauza întoarcerii la factorii ereditari, fără a ataca serios efectul îngrijirii materne (sau al analizei) care este îndeajuns de bună sau nu.

Se poate presupune că ereditatea are o importanță maximă, dar psihologul nu se poate baza pe factorul ereditar până când nu s-a făcut tot posibilul în termeni psihologici.

În cele din urmă, principala chestiune a acestei probleme este aceasta. Când un analist (mamă) face o muncă îndeajuns de bună (oferă o îngrijire îndeajuns de bună) cu un pacient (sugar), baza pentru aceasta o reprezintă o proiecție asupra analistului (mamei) a factorilor interni satisfăcători la pacient (sugar)? După părerea mea, răspunsul este afirmativ, iar dacă acesta nu este afirmat ca adevărat de

către analist (mamă), analiza bună (sânul bun) este esențialmente un obiect persecutor pentru pacient (sugar).

Aceasta mi se pare o formulare modernă a unuia din punctele principale din tehnica lui Freud - și anume că analistul urmărește procesul pacientului și interpretează doar ceea ce pacientul a prezentat deja pentru interpretare.

Mama îl creează pe sugar sau sugarul o creează pe mamă? În metapsihologia psihanalitică, eu cred că sugarul creează sânul, mama și lumea.

III. Rădăcinile agresivității

*Datat 9 septembrie 1968*¹³⁴

În prezent, există o necesitate ca psihanaliza să-și îndrepte din nou interesul asupra agresivității. Cartea recentă a lui Anthony Storr¹³⁵ a arătat că publicul este foarte dornic de o formulare a problemei care să indice că e recunoscută cum se cuvine de știință. Pentru a-și întemeia ideile pe observația obiectivă, oamenii de știință trebuie să fie pregătiți pentru a observa, iar aici psihoterapeuții sunt în avantaj dacă vor ști să se folosească de poziția lor privilegiată. Pentru mine, ca și pentru mulți alții, psihanalistul este cel mai în măsură dintre psihoterapeuți să contribuie cu ceva nou, în special datorită procesului analitic care are loc în el și care continuă întreaga viață, indiferent de analiza actuală pe care a făcut-o și despre care, la un anumit moment, a convenit să spună că e încheiată.

Nu se avansează în teoria psihanalitică fără coșmaruri. Întrebarea este: cine are coșmaruri? Următoarea întrebare - de ce trebuie să ai coșmaruri? - nu este relevantă și poate fi ignorată. În Societatea noastră, deși ne aflăm în serviciul științei, trebuie să facem un efort de fiecare dată când încercăm să redeschidem probleme care păreau rezolvate. Nu este doar inerția care fricii de

¹³⁴ Această lucrare a fost realizată pentru Societatea Britanică de Psihanaliză, dar este neterminată și nu a fost, de fapt, prezentată - n.ed. engl.

îndoială; e și faptul că suntem loiali. Asociem idei specifice cu realizări de vârf care au marcat progresul pionierilor noștri. Astfel, când privim iarăși spre rădăcinile agresivității, aflăm îndeosebi concepte, fiecare dintre ele trebuind să fie suspendat în mod deliberat, astfel încât să vedem dacă se reîntorc de bună voie sau dacă e mai bine fără ele. Unul este conceptul lui Freud despre pulsionea morții, un produs colateral al speculațiilor lui, în care pare să fi obținut o simplificare teoretică ce ar putea fi comparată cu eliminarea treptată a detaliului în tehnica unui sculptor precum Michelangelo. Celălalt este plasarea invidiei de către Melanie Klein pe o poziția proeminentă, pe care i-a acordat-o la Geneva în 1955.

Nu putem continua discuția științifică decât dacă suntem pregătiți să lăsăm deoparte aceste două concepte, separându-l pe unul de Freud și pe celălalt de Melanie Klein. Astfel, ne eliberăm de credințe și loialități, încă o dată, lucrul care ne interesează este adevărul.

Îndată ce asimilăm la această disciplină, vedem cât de mult am fost îndoctrinați de intervenția constantă a cuvintelor „pulsionea morții” și „invidie” în lucrări și dezbateri. Esențial este că nici unul dintre concepte nu poate fi discutat în aceste lucrări deoarece nu e prezentă tema principală, o discuție asupra lor a trebuind deci să distragă atenția, iar cel care discută ar părea (și chiar ar fi) grosolan. Suntem deci ușurați că nu avem noțiuni preconcepuate despre pulsionea morții sau despre invidie și, dacă unul dintre termeni este folosit, trebuie prezentat intenționat ca parte a lucrului discutat, asupra căruia ne-am pus de acord că suntem ignorați.

Cât de ușor devin acești termeni clișee! De exemplu, Melanie Klein nu pretinde că a descoperit invidia sau că ar fi inventat conceptul. Trebuie să folosim cuvintele „invidie” și „gelozie” ori de câte ori sunt potrivite în ceea ce spunem sau scriem, așa cum ele au fost folosite de-a lungul timpului, înainte ca Melanie să se nască. Într-adevăr, aceste două cuvinte au propria istorie.

Melanie Klein a preluat cuvântul „invidie” și i-a dat un sens specific, într-o legitimă explorare a originilor agresivității din natura umană, în termenii dezvoltării individuale. Dar cuvântul a primit acum o aură, astfel încât nu cred că există vreo lucrare a vreunui discipol de-al lui Klein sau a

¹³⁵ *Agresivitatea umană* (Londra: Allen Lane, 1968)

vreunui student din grupul lui Klein care să nu includă cuvântul „invidie”, dar nu ca termen descriptiv (pacienta a manifestat invidie față de băieții mai mici, ca fiind o relicvă a sentimentelor pe care le-a simțit față de fratele ei la nașterea acestuia și în raport cu atitudinea părinților... etc.), ci ca parte a unei etichete indicând locul de origine (bumbac din SUA garantat, care se spală și se stoarce).

Efectul trist al acestui aspect îngrozitor despre invidie este că indică o adevărată apreciere a contribuției lui Melanie Klein, care ar putea fi deosebit de îndrăzneță și bogată chiar aici. Ceea ce părea greșit în lucrarea ei de la Geneva s-ar putea dovedi a fi un mic detaliu și s-ar putea ivi un adevăr doar dacă ne îndepărtăm de această loialitate față de Melanie, care nu ia seama la o evaluare științifică sau obiectivă. Uneori nu putem trece peste această problemă de loialitate (probabil bazată, în aspectele ei compulsive, pe invidie) față de problema însăși. Discutăm despre natura umană și suntem interesați în mod deosebit de procesele de dezvoltare și de ceea ce am numi ca etiologic în investigarea unei boli.

Legat de asta, afirm că este legitim să spunem dacă simțim că este ceva în neregula cu declarația de la Geneva. Nu e nici o problemă dacă simțim că ceva nu e în regulă cu formularea pulsiei morții descrise de Freud, deoarece el însuși pare să fi avut îndoieli, tipice pentru un om de știință care știe că nici un adevăr nu este absolut sau final și că nu contează decât gândirea, sentimentul și libertatea de a specula. Dar lui Melanie Klein i s-a făcut un deserviciu de către discipolii ei care au preluat ceea ce ea a zis și au transformat în pancartă, deși ar fi profitat mai mult dacă ar fi fost criticată. Această tendință printre discipolii lui Klein se vede cel mai bine în fraza lui Joan Riviers în prefața cărții *Dezvoltări în psihanaliză*¹³⁶: „Ea a produs de fapt ceva nou în psihanaliză: și anume, o teorie integrată care, deși încă fin conturată, fără îndoială că ia în calcul toate manifestările psihice, normale și anormale, de la naștere până la moarte, și nu lasă nici un abis fără legătură și nici un fenomen reprezentativ fără o relație inteligibilă cu restul” - o frază pe care Melanie nu ar fi permis-o dacă ar fi fost cu adevărat un om de știință.

Am detaliat aceste probleme deoarece vreau să ajung la o concluzie, fără să îmi fac probleme, dacă noi spunem doar ceea ce a spus și Melanie Klein. Dacă s-ar întâmpla acest lucru, rezultatul ar reieși din datele obiective care îmi sunt oferite de pacienți și nu din loialitate față de un bărbat sau o femeie, oricât de mult i-aș datora sau i-aș fi recunoscător.

Se poate spune că Freud și Melanie Klein au fost amândoi interesați de agresivitate și de originea ei. În fiecare caz, interesul avea o profunzime rară, caracteristică doar persoanelor speciale, persoane care au capacitatea să simtă în profunzime și care s-au îmbogățit după o lungă experiență, consolidată de o muncă grea fără de care împlinirea personală n-ar putea fi conceptualizată și consemnată. Melanie, mai ales, a fost afectată de agresivitatea înrădăcinată pe care a descoperit-o la pacienții ei, cărora le-a oferit multe lucruri bune. Pacienții ei au ajuns departe și antagonismul lor nu mai poate fi îndepărtat de analiza supărării prin frustrare. A devenit din ce în ce mai clar că valoarea ei a produs sau a atins pulsionile distructive la pacienții ei, atât bărbați, cât și femei; a scăpat în mod rațional de o mare parte din cazurile ei, considerându-le neanalizabile, iar alții au intrat într-o loialitate care din păcate i-a costat prea mult. A fost mirată și s-a oprit în special asupra problemei distructivității în transferul care pare a nu avea sens. Din acest moment, ea lasă o impresie de grabă, deoarece îmbătrânise, și, în cele din urmă, din cauza unei boli fizice care se va dovedi fatală. Voia să depășească acest obstacol și a încercat să facă asta la Geneva. Soluția a venit în două moduri:

1. Să meargă înapoi în salturi și să afirme, fără originalitate, că, deoarece totul este moștenit, anumite persoane se pot naște cu o moștenire încărcată pe partea agresivității. Aceasta a fost o afirmație sterilă și a revendicat întreaga problematică a agresivității și evoluția ei la sugar și la copil.
2. Să ia taurul de coarne și să afirme sus și tare ceea ce era clinic evident, anume că pacienții ei în transferul la un nivel foarte adânc o invidiau pentru că era valoroasă sau „bună”¹³⁷.

Se poate spune despre aceste două linii de gândire că prima, deși de necontestat, ar trebui evidențiată și accentuată de un metapsiholog doar după o explorare atentă a alternativelor

¹³⁶ Londra: Hogarth Press, 1952

psihologice sau emoționale - și e posibil să afirmăm că Melanie nu era calificată în acest domeniu. Sunt și alte considerații pe care le-a ignorat. A doua linie de gândire era curajoasă și în conformitate cu experiența clinică pe care o împărtășesc toți analiștii; dar...

IV. Contribuție la un simpozion despre invidie și gelozie

Scrisă pentru o întâlnire științifică a Societății Britanice de Psihanaliză, 19 martie 1969¹³⁷

Simt că trebuie să iau parte la această discuție, în special pentru că ideea ei a apărut, probabil, la sugestia mea făcută secretarului științific. Dar iau parte la ea doar dacă există șansa de a spune ceva constructiv.

Mai întâi, bănuiesc că, în această discuție, nu suntem preocupați de invidie și gelozie pentru că aceste două cuvinte apar aproape în fiecare lucrare clinică realizată în ultimii ani de oricare dintre discipolii lui Klein. Afirm de asemenea că, în folosirea de azi a acestor doi termeni, invidia este o stare mintală și aparține unei organizări mintale foarte sofisticate, în timp ce gelozia are drept caracteristică faptul că folosirea ei implică situația în care întreaga persoană a început deja să mobilizeze răzbunarea sau hoția.

Singurul lucru de care suntem interesați este modul în care Melanie Klein a adus în discuție invidia în lucrarea ei de la Geneva. Îi pot ierta deja asta, dacă avea nevoie de un alt cuvânt, dar nu l-a găsit.

Așa cum am spus adeseori, am învățat mult direct de la Melanie Klein în deceniul de dinainte de război. S-ar putea spune că noile idei care au venit din partea ei, în perioada fructuoasă a muncii sale, m-au impresionat și au avut un efect pozitiv asupra ansamblului operei mele. Am putut să folosesc înlănțuirea de idei noi. Ceea ce nu s-a întâmplat în aceeași măsură după război și după perioada în care dna Klein și colegii ei s-au organizat pentru a-i apăra poziția. Sentimentele mele

¹³⁷ Cuvântul "bun" în sine devenea un clișeu, indicând un obiect idealizat sau poate un obiect idolatrizat. - D.W.W. Vezi Masud Khan, *Restaurarea Selfului* ca obiect intern idolatrizat (1968), în *Alienarea în perversiuni* (Londra: Hogarth press, 1979)- n. ed. eng.

¹³⁸ Citită în absența lui Winnicott de dna Enid Balint - n. ed. eng.

despre munca dnei Klein s-au schimbat la Conferința de la Geneva, în timp ce-și citea lucrarea despre invidie. Nu a fost ușor să-mi dau seama de ce nu mai acceptam noua ei teorie.

Pe scurt, în timp ce vedeam că dna Klein încerca să ajungă la profunzimi tot mai mari și să elucideze un aspect foarte dificil al forțelor transferențiale care se pot dezvolta la sfârșitul unei lungi analize care pare că merge bine, dar care a început să se șubrezească, am știut totuși că trebuie să protestez și am făcut asta imediat, chiar la dna Klein. Obiecția mea privește hotărârea dnei Klein de a face o expunere completă a dezvoltării individuale a sugarului doar în termenii sugarului, fără referire la mediu. După părerea mea, acest lucru este imposibil. E adevărat că o trăsătură principală a psihanalizei ei a fost să se ajungă la factorul individual și personal și să se vadă modul în care factorul de mediu poate fi, în parte sau în mare, un fenomen subiectiv; totuși, există o etapă la începutul dezvoltării individuale când mediul își intră în drepturi și își ocupă locul potrivit și nu se poate evita o recunoaștere a importanței lui. Noul sugar nu a separat încă Non-Eul de Eu, așa încât, prin definiție, Non-Eul sau mediul sunt o parte din Eu, în termeni de Eu al sugarului. Nu există o altă soluție pentru această dificultate.

În lucrarea de la Geneva, dna Klein a sărit peste această problemă și a ajuns la alta. S-a întors la exploatarea factorului ereditar, de pildă la o moștenire a unei cantități anormale de potențial agresiv. Factorul ereditar este cu siguranță real, dar nu se poate spune că psihanaliza a încercat să evite această complicație. Orice tendință spre maturizare este moștenită și psihanaliza este interesată de interacțiunea cu ceea ce este moștenit și cu ce este legat de mediu. A fost un șoc să descopăr că dna Klein evita ceva exploatând altceva. Din întâmplare, în termeni de organizare a Eului sugarului, tendința moștenită este un factor *extern*, în mod evident de un tip special. E posibil ca dna Klein să se fi gândit că factorul ereditar era unul personal și nu unul de mediu, dar asta ar însemna să lăsăm deoparte întreaga problemă a Eului imatur și dependența care se bazează pe faptul că Non-Eul nu a fost încă separat de Eu.

Cei care se ocupă de acest subiect trebuie să studieze schimbarea treptată în dezvoltarea copilului la început, care aparține separării Non-Eului de Eu. Invidia față de obiectul Non-Eu are un precursor,

care este relația cu obiectul care încă-nu-a-fost-separat, la care m-am referit ca la obiectul subiectiv. Există aici o arie de studiu care îi poate preocupa pe psihanaliști pentru mult timp de-acum înainte și fără de care nu va exista o înțelegere psihanalitică concretă a schizofreniei.

Pot spune că părerile mele au fost formate în camera de consultație, în timpul tratamentului nu întotdeauna de succes, dar uneori destul de reușit al cazurilor limită, în care regresia la dependență era o problema pregnantă și esențială. Sunt foarte conștient de semnificația factorului calitativ al mediului, atunci când aceasta presupune propria mea înțelegere și purtare, iar pacientul fuzionează, pentru o perioadă, cu mine, analistul.

În acest domeniu interesant de studiu, cercetătorul se va implica în ce privește conceptul de fenomenele tranziționale, va trebui să poată accepta (nu rezolva) paradoxul că sugarul creează ceea ce exista deja acolo pentru a fi creat și se va regăsi foarte prins în credința sa în realitatea dependenței pe care sugarul o obține în etapa primară, înainte ca Eul individual să creeze elementele Non-Eu. Aceasta se întâmplă înainte de mânia din cauza frustrărilor, care ține de confruntarea cu Principiul Realității.

În toate acestea poate exista ceva ce Melanie Klein numește invidie, dar care nu va avea acest nume nici când forma ei este bine definită. Numele ei ar putea fi poftă; dar indiferent ce nume se găsește sau este inventat, ar trebui să se vadă cum calitatea ei este afectată de calitatea influențelor de mediu.

E trist pentru mine că dna Klein, după toată contribuția ei, nu a putut contribui la acest punct, iar prin aceasta se pare că le-a transmis discipolilor ei o sarcină destul de dificilă deoarece ei trebuie să continue nu pe baza contribuțiilor pozitive ale dnei Klein, ci pe baza negării de către ea a ceva ce este fără îndoială un fapt. Acesta este un alt mod de a spune ca era și ea un om.

Aș vrea să mă refer la faptul că dr. Bion, în una dintre declarațiile lui, s-a arătat eliberat de această tendință puternică, care ar putea fi acceptată, sugerez eu, ca parte din alcătuirea dnei Klein, tendința de a nega factorul de mediu chiar de la început.

Ca analiști, știm prea bine că, într-o poziție de transfer în care se lucrează și se ajunge la stări foarte primare, chiar contează cum este analistul. La fel, la începutul dezvoltării fiecărui individ, mediul are o semnificație primară, fiind încă parte din copilul individual. Cred că un studiu al subtilităților din acest domeniu poate aduce recompense bogate cercetătorului.

54

Joseph Sandler

Comentarii la „Despre conceptul de Supraeu”¹³⁹

Prezentate la o întâlnire științifică la Societatea Britanică de Psihanaliză, 7 decembrie 1960

Înainte de a-mi prezenta contribuția, aș vrea să clarific că, dacă aș fi știut ce se așteaptă de la mine nu aș fi fost de acord să vorbesc la această întâlnire. Lucrarea dlui Sandler oferă o expunere foarte completă asupra subiectului Supraeului, iar un studiu corect al acestei lucrări îmi va lua mult mai mult timp decât cel pe care îl am la dispoziție.

Găsesc foarte utilă expunerea evoluției ideii de Supraeu în mintea lui Freud și sunt întotdeauna recunoscător oricui își asumă sarcina de a face acest tip de cercetare și o asemenea expunere. Din ea se observă că, deși Freud, mai mult decât alți i, a știut că e vorba despre multe lucruri atunci când Supraeul afectează Sinele, și când Eul este în discordie cu Supraeul, el discuta în termeni care par a se referi la viață conștientă. Și se poate spune de către pacient, așa cum mi-a spus recent un băiat în vârstă de 19 ani, exact lucrurile pe care le-a notat Freud și care sunt citate de Sandler. Într-o anumită

¹³⁹ Lucrarea profesorului Sandler a fost citită la o întâlnire științifică a Societății Britanice de Psihanaliză pe 7 decembrie 1960 și a fost publicată în *Psycho-Analytic Study of the Child*, vol.15 (1960). Începe cu o trecere în revistă a dezvoltării conceptului de Supraeu în scrierile lui Freud și continuă prin a prezenta cum conceptul a câștigat complexitate prin opera altor scriitori, îndeosebi a celor din psihologia Eului și a lui Klein, ale căror opinii asupra dezvoltării primare ale Supraeului și a vinovăției sunt examinate în detaliu. Sandler crede că dezvoltările în psihanaliză au avut ca rezultat o slăbire a conceptului de Supraeu printr-o “disoluție conceptuală”, deoarece, ceea ce înainte era văzut ca un conflict al Supraeului, tinde acum să fie văzut mai mult în termeni de relație de obiect în cadrul transferului. În a doua parte a lucrării el caută, urmărind dezvoltarea Supraeului din copilăria primară, să reformuleze conceptul. Aici accentuează la copilul mic “obediința față de și conformarea la cererile părinților” și “Identificarea cu și imitarea părinților”, ca mijloace de a micșora insulta narcisică inerentă în acceptarea Principiului Realității. În timp ce permite o “schemă a unui Eu pre-autonom”, pre-oedipian, el plasează totuși cristalizarea Supraeului cu rezoluția complexului lui Oedip. O

măsură, acest băiat de 19 ani a fost influențat de gândirea acestui deceniu, care este bineînțeles foarte mult influențată de munca lui Freud. Fără îndoială, acest băiat și-a dat seama singur, într-o autoanaliză, că are o instanță în minte care îl influențează tot timpul. Această instanță era parțial bazată pe ideea tatălui său și a părinților combinați, iar băiatul și-a dat seama că o poate aborda prin sfidare. Se baza totuși parțial și pe o analiză foarte personală și pe autoobservare, prin care studia tot ce se întâmplă în viața sa și îi permitea să treacă prin multe încercări fără să sufere prea mult. Ceea ce se poate numi Supraeu ar putea fi sadic, iar băiatul a recunoscut că propriul sadism s-a transformat într-un sadism al Supraeului; a recunoscut și perversiunea masochistă, care era un mod de a se ocupa de Supraeul sadic. Mi-a spus că a încercat să folosească Supraeul sadic direcționându-l către partea care nu-i plăcea, care era un fals *Self*. Nu numea asta un fals *Self*, pentru că vorbea în limbajul lui. Vorbea despre un copil foarte plăcut, așa cum îl credea toată lumea, dar pe care el ajunsese să vadă că nu era deloc *Self*-ul lui adevărat. A fost bântuit, de exemplu, de mitul Doppelganger, și tot timpul și-a căutat celălalt *Self*, care ar apărea în momentul morții, atunci când nu va mai fi în viață pentru a păstra clivajul operativ. El suferea de lipsa spontaneității și singurul mod în care putea să-și recâștige spontaneitatea pe care o pierduse era prin intermediul alcoolului, care pentru câteva ore se va fi ocupat de Supraeul lui și îi va elibera spontaneitatea și capacitatea de a se relaționa și de a se îndrepta către heterosexualitate. Toate acestea sunt superficiale, totuși, dacă se are în vedere ce ar putea apărea în analiza băiatului.

De la astfel de pacienți a strâns Freud material pentru studiul lui asupra Supraeului. Freud, totuși, era tot timpul interesat de aspectele mai adânci ale problemei și vreau să sugerez că în rezumatul dlui Sandler nu ne-a evocat suficient interesul lui Freud față de vise, realitate psihică și fantasmă. Sandler a vorbit despre viața individului de o asemenea manieră încât cititorul care parcurge expunerea lui fără să-l cunoască dinainte pe Freud poate crede că totul se petrece mai mult în minte decât în psihic.

În acest punct, îmi e greu să merg mai departe fără să mă refer la tema pe care am dezvoltat-o în lucrarea mea „Mintea și relația ei cu psiho-soma”¹⁴⁰, legând aceasta de conceptul de *Self* adevărat și fals. M-am referit la un *Self* fals trăind printr-o minte sau o viață intelectuală care s-a separat de psiho-soma. Oricât i-aș admira pe cei care iau în considerare un concept din punct de vedere intelectual, sunt întotdeauna gata să observ un eșec al analistului care se ocupă de această problemă a unui pacient care are o minte limpede, care nu este, totuși, legată întâi de corpul funcțional, și de psihic, și de Eul corp. Cred că dl Sandler se află în pericolul de a se referi la ființele umane prea mult în termenii unei fugi minții.

Trebuie acum să iau în considerare următoarea întrebare: trebuie să studiem evoluția gândirii lui Freud, așa cum este ea exprimată, în final, sub denumirea de „Supraeu”, și să acceptăm ceea ce Freud a vrut să spună și să limităm folosirea termenului „Supraeu” în așa fel încât să nu ne îndepărtăm de ceea ce credem că a fost intenția lui Freud? Pe de altă parte, ar trebui să studiem idei similare și să încercăm să extragem înțelesul conceptului de Supraeu pentru a acoperi alte fenomene?

Sper că în această discuție vorbitorii nu se vor împotmoli într-o competiție între cei care vor să păstreze conceptul freudian de Supraeu pur și cei care vor să-l îmbogățească sau să-l devalorizeze.

Trebuie să ne reamintim întotdeauna că un concept nu este un lucru. Un concept este o cale pe care o folosim pentru a vorbi despre un lucru. Putem folosi un cuvânt precum „Supraeu” în orice fel dorim și putem alege să-l studiem pe Freud și să folosim acest cuvânt așa cum credem că îl folosea el. Dacă facem asta, e doar pentru că vrem să ajungem la un limbaj comun. Prin contrast, dacă luăm un cuvânt ca „*Self*”, acesta este un cuvânt din limbaj, care are istoria lui, are propriul înțeles și nu îl putem modifica sau altera. Acest cuvânt, „*Self*”, ne poate învăța ceva, dar nu-i putem modifica sensul, nici dacă vrem. Dl Sandler a fost destul de grijuliu în a respecta această regulă, dar chiar și el face una-două greșeli, referindu-se, de exemplu, la Supraeu ca la un lucru, în loc să se refere ca la

¹⁴⁰ 1949; în *Opere alese: De pediatrie la psihianaliză* (Londra: Tavistock, 1958; New York: Basic Books, 1975; Londra: Hogarth Press, 1975)

un concept despre un fenomen și ca la un termen despre care suntem de acord că-l folosim referindu-ne la acel fenomen.

Aș spune că expunerea prudentă a dlui Sandler despre dezvoltarea gândirii lui Freud ne face să afirmăm că, dacă Melanie Klein nu ar fi existat, ar fi trebuit să o inventăm. Consider astfel în urma a ceea ce am descris ca fiind prezentarea dlui Sandler despre cazul freudian, prin care nu se referă îndeajuns la inconștient și nici, poate, la realitatea internă neverbalizată, la miezul lumii de vis a individului. Citind opera lui Freud, nu regăsesc deloc acest sentiment, deoarece, deși Freud folosește mintea și procesele intelectuale și partea verbalizată a sentimentului, nu ne lasă să uităm că vorbește despre fenomene care își au rădăcina în materialul non-verbal. Astfel, în lucrarea dlui Sandler așteptam niște expuneri, precum cea pe care Melanie Klein despre realitatea psihică ce este strâns legată de corp și de funcționarea corpului. Afirmările dlui Sandler despre concepțiile lui Melanie Klein ar fi fost astfel acceptate.

Mi se pare, deci, că vorbim despre două subiecte. Putem hotărî la sfârșit dacă e vorba despre daun singur subiect sau că vrem să rămână două subiecte. Să discutăm ideea lui Freud despre Supraeu ca despre ceva legat de trecerea la complexul Oedip; să discutăm și despre elementele, mecanismele, fenomenele intra-psihice care datează de la începutul vieții individului. Dacă hotărâm că există o construire treptată a sănătății, în sensul acestor mecanisme intrapsihice către ceea ce în final va deveni Supraeul din concepția freudiană, atunci înseamnă că discutăm despre aceeași problemă. Putem alege să lăsăm problema deschisă sau putem hotărî (iar pe mine nu mă deranjează asta) că aceste mecanisme ale funcționării mintale primare nu ar trebui numite Supraeu, și nici măcar nu ar trebui să li se acorde demnitatea termenului „schema Supraeului pre-autonom”.

Mi se pare foarte important să se facă o distincție între vârsta pre-autonomă și vârsta autonomă, dacă prin aceasta se face referire la dependență și la drumul treptat de la dependență către independență. La fel sunt impresionat de importanța aprecierii calității subiective în modul în care copilul își percepe părinții și calitatea percepției obiective. Dl Sandler a chibzuit bine diferențele de aici.

În acest punct, aş vrea să fac o comparație între elementele care, în conceptualizarea lui Klein, sunt numite elemente ale Supraeului (dar nu e neapărat nevoie să fie numite așa) și Supraeul clasic descris de Freud care aparține trecerii la complexul Oedip. Aş vrea să fac o comparație în termenii analizei pacienților. Aş spune mai întâi că analiza elementelor Supraeului lui Klein ne duc înapoi la viața pulsională a individului; viața pulsională este cea care determină la sugar și la copilul mic construirea elementelor benigne și de susținere și a elementelor persecutoare sau disruptive în realitatea psihică internă, deși este întotdeauna loc pentru introiecții care ocolesc existența pulsională a individului. Prin contrast, analiza Supraeului de către Freud, care aparține trecerii la complexul Oedip ne conduce la părinți și la efectul pe care autoritatea părinților o are asupra vieții pulsionale a copilului. La prima vedere, ar părea că există o distincție foarte mare între aceste două moduri de a aborda același fenomen prin analizele indivizilor. Dar în conceptul lui Freud despre Supraeu mai este loc pentru ideile despre perspectiva subiectivă asupra părinților, care introduce ideea părinților ca proiecții precum și despre folosul și acceptarea lor ca indivizi așa cum sunt. În acest mod, travaliul analitic ajunge în același punct în cele două cazuri, altfel spus, la viața pulsională așa cum e experimentată în transfer.

E necesar să avem o teorie care să dea seama de efectul absenței părinților asupra copilului. Nu ne putem ocupa în întregime de dezvoltarea Supraeului la copilul care trăiește fără autoritatea parentală și care locuiește într-o comunitate doar pe baza faptului că reprezentări ale Supraeului copiii găsesc oriunde se află acestea. Trebuie să luăm în considerare faptul că există în dezvoltarea sănătoasă a unui copil sănătos o foarte mare simplificare a întregii dezvoltări a Supraeului dacă el, copilul, trăiește în familie și sunt ambii părinți disponibili. Astfel, părinții actuali contribuie fiind actuali, așa cum indică dl Sandler, chiar dacă perspectiva subiectivă asupra părinților poate fi elementul-cheie în formarea Supraeului individului. Astfel, luând în considerare realitatea psihică, fantasma și lumea visului copilului, ajungem la elementele pregenitale care contribuie la perspectiva subiectivă asupra părinților. Împreună cu considerarea vieții pulsionale pregenitale, ne aflăm și în zona

obiectelor parțiale, a dependenței, a mecanismelor primitive de apărare, de separare a pulsionilor etc.

Dacă privim Supraeul lui Freud ca apărând din trecerea la complexul lui Oedip, aflăm elemente care derivă din viața pulsională pregenitală și din fantasmă aparținând acestor zone ale experienței relațiilor non-umane - și ne găsim de fapt chiar în sfera de care se ocupă și Melanie Klein. Ce este această sferă la care contribuie Melanie Klein în mod special? După părerea mea, referindu-se la fantasma copilului, Melanie Klein consideră că fantasma lui/ei este localizată în interiorul *Self*-ului, în piele, în Eul corpului care funcționează; de fapt, în burtă sau în cap. Din punct de vedere filosofic, bineînțeles, fantasma care este specifică individului și pe care o numim realitate psihică nu are locație. În psihologie, însă, și în starea de sănătate, i se dă o locație de către individ, iar războiul dintre elementele benigne și persecutoare din realitatea psihică internă are loc în corp, dar sunt și proiectate în afara corpului. Altfel spus, ele aparțin întregii scheme a corpului individului, dar locul real al originii conflictelor se află în interiorul individului, adică în fantasma individului. Din punctul nostru de vedere, ne interesează doar această arie intermediară a procesului de gândire asupra subiectului, acest management al fantasmei copilului – și anume faptul că fantasma lui se află în interior dacă nu este proiectată. În analiza Supraeului la Freud, la fel ca și în analiza angoselor ipohondrice și a proiecțiilor corespunzătoare în cazul paranoiei, ceea ce contează în ultimă instanță pentru pacient este apariția vieții pulsionale în transfer. Aici se reunesc analiza angoselor ipohondriace descrise de Klein și analiza Supraeului descrisă de Freud; fiecare dintre ele este observată, în ultimă instanță, în analiza vieții pulsionale a individului. Doar conceptul freudian subliniază că părinții actuali au autoritate dacă ei există și își joacă rolul - accentuând corect acest aspect al formării Supraeului. Dimpotrivă, conceptul lui Klein subliniază elementele Supraeului care nu ajung în mod neapărat la dezvoltarea în care pot deveni un întreg și umane. Cu siguranță, doar în starea de sănătate poate fi observat Supraeul clasic, aparținând trecerii la complexul Oedip. Prin sănătate înțeleg că dezvoltarea emoțională a individului a avut loc în mod satisfăcător în stadiile primare de dependență, iar familia există, părinții sunt prezenți și își joacă rolul într-un mod

îndeajuns de bun. Este o mare ușurare pentru copil să poată experimenta angoasele care aparțin complexului Oedip. Trebuie să spunem, acest copil e bine să fie o persoana întreagă între trei, să experimenteze situația triangulară și să poată trece, în prezența părinților, prin tot ce presupune trecerea la complexul Oedip și constituirea unui Supraeu care are legătură cu părinții așa cum sunt percepuți și cu părinții așa cum sunt intuiți. Un mare număr de copii nu au această ușurare. Ce se întâmplă în aceste cazuri este nu că nu există un Supraeu, ci că formarea Supraeului nu se umanizează și va rămâne mai mult un politeism înainte de a fi un monoteism. Se întâmplă ca și cum ar exista forțe și acțiuni mecanice care produc teamă și cărora trebuie să le ții piept în mod magic, și care cu siguranță nu pot fi învinse. Orice tip posibil de mecanism înfricoșător ține de lipsa de sănătate în aceasta zonă. În starea de sănătate, copilul poate (pentru a fi sigur) dezvolta psihonevroza, dar cu siguranță are acea îmblânzire a Supraeului, care este legat de ființele umane de fapt, tata și mama. Analiza poate profita de asta. Aceste ființe umane pot fi iubite sau urâte, respectate sau sfidate, în modul obișnuit, care este bine cunoscut.

Trebuie să-mi armonizez perspectivele teoretice cu experiența pe care am avut-o la al doilea caz cu un copil, o analiză de succes, ușoară, a unei fete de 2 ani și jumătate, care era - ceea ce eu aș numi - normală. Avea o gravă inhibiție de hrănire, iar aceasta a început la prima ei aniversare când, pentru prima dată, a luat masa împreună cu ambii părinți. S-a întins, s-a retras și așa a debutat principalul ei simptom. Analiza (la 2 1/2 – 3 ani) a fost în mare parte o interpretare a scenei primitive, în termenii acestei mese, cei doi părinți devorând copilul, iar în locul inhibiției a apărut o sfidare extremă, mâncarea părinților și o răsturnare repetată a mesei, care era lumea ei. Identificarea treptată cu fiecare dintre cei doi părinți a adus ușurare. Întâmplător, mama era sadică cu păpușile ei nestăpânite, și era sadică și în ceea ce o învăța, deși părinții ei erau foarte toleranți și ea însăși nu avut probleme privind faptul de a fi uscată și curată.

Acest copil, deoarece era normal, aproape i-a angajat pe părinții reali în locul elementelor unui Supraeu mai primitiv la vârsta de 12 luni - și cu ajutorul meu analitic și susținerea primită a ajuns

repede, la 2 ani și jumătate-3 ani, să poată sfida și învinge, și să se identifice, și chiar să se supună.

Acum are doi copii sănătoși, născuți din sfânta căsătorie!

Într-o proporție mai mare a cazurilor noastre, mecanismele primitive din realitatea psihică internă nu obțin o astfel de flexibilizare și suntem nevoiți să facem analiza acestor angoase ipohondrice sau a proiecțiilor lor; dar de multe ori această evaluare este prea avansată și trebuie să gestionăm angoase mai primitive (sau psihotice), când copilul are nevoie să devină în mare măsură dependent și să manifeste un transfer amăgitor.

Deși nu sunt de acord cu patru sau cinci detalii în ceea ce înțeleg că este teoria de ansamblu a dnei Klein, îmi dau seama cât de mult îi accept teoria atunci când citesc varianta dlui Sandler. În ceea ce privește munca mea, am fost figura conducătoare în mișcarea pentru recunoașterea *satisfacerii nevoii* cât mai devreme, și mai fundamental decât îndeplinirea dorinței. Și am încercat să obțin să se folosească „internalizarea” pentru elaborarea imaginativă a funcției corpului, în timp ce rezervam „introiecția” pentru procesul magic care se poate întâmpla separat de hrănire.

Am scris de asemenea foarte detaliat despre corespondența dintre comportamentul mamei și „imaginea mamei interne investite”. Pentru a relua un aspect: când comportamentul mamei nu corespunde de fapt cu imaginea internă investită a mamei, copilul nu „experimentează frustrare, neplăcere sau mânie”... ce se întâmplă este faptul că el, copilul, tinde să slăbească această capacitate de a se relaționa cu obiecte. Dacă această capacitate de a se supăra este reprimată, lucrurile nu stau prea rău.

O frază importantă este: „În mare măsură, principiul realității înlocuiește principiul plăcerii, prin intermediul părinților.” Da, dar părinții nu acționează inducând copilului ideea lumii reale, ci fac asta adaptându-se destul de bine la nevoile copilului și apoi eșuând gradual în adaptare. Toate acestea preced introiecția, identificarea și imitarea. Capacitatea pentru relații de obiect fiind stabilită, copilul se poate îndrepta spre lucruri precum obediența, sfidarea și identificarea. Observ că dl Sandler lasă deoparte sfidarea. El vorbește de nevoia copilului de a se simți iubit, dar copilul trebuie și să se simtă real, iar dacă din schemă este omisă sfidarea, iar copilul doar respectă și se

identifică, atunci, mai devreme sau mai târziu, copilul se va plânge de lipsa sentimentului de a se simți real.

Poate că, totuși, am afla o valoare ideii funcțiilor de „reprezentare” și de „ghidare” ale introiecțiilor, contribuind la ideea Supraeului uman care se leagă de trecerea la complexul lui Oedip la copiii care sunt sănătoși și care au ajuns până acolo.

În următoarele pagini, avem afirmații care trebuiesc analizate. Nu sunt de acord cu multe detalii și găsesc aici o simplificare accentuată a subiectului. De exemplu, identificarea cu agresorul este parte a unui proces complex: (1) introiecție, (2) control, (3) amenințarea de a fi controlat prin (identificare) și (4) tendința de a re-proiecta etc. Dl Sandler o leagă pe aceasta de reacția la pierdere. Confruntându-se cu pierderea, copilul (1) introiectează, (2) supune introiectarea acțiunilor distructive (dispoziția depresivă indică identificarea cu introiectatul mort) și (3) eliberează introiectatul pentru a reveni la viață după consumarea suficientă a acestei uri interioare. Cele două procese îmi par a avea foarte puține în comun.

La final, fac doar o observație: ce s-a întâmplat cu fantasma? Poate că este acolo, dar pierdută precum moneda de trei penny în budinca de Crăciun.

Există un citat final din Freud, în care Freud vorbește despre sănătate și afirmă că în individ există o capacitate de a se identifica cu persoanele întregi. Aceasta lasă deoparte, totuși, formarea Supraeului din elemente care aparțin vieții primare, timpurii, ale dependenței extreme, în care există doar obiecte parțiale.

55

Sigmund Freud

Recenzie la *Scrisori ale lui Sigmund Freud, 1873-1939*

1962¹⁴¹

Putem afirma cu siguranță că Freud, în tinerețe, nu a auzit niciodată de psihanaliză, și că nu a fost, nici măcar indirect, sub influența acesteia. Scrisorile sale intime către logodnica sa, Martha Bernays (primele aproximativ o sută din colecția sa) ne dau noua, celor care îl apreciem pe Freud pentru contribuția sa la știință și la terapie, o nouă șansă, chiar mai bună decât cea pe care ne-a oferit-o biografia lui Jones, de a-l judeca pe Freud ca om. Se arată el a fi o ființă umană? Aceste scrisori ne oferă un răspuns.

Freud s-a născut în 1856, iar la 26 de ani s-a logodit cu Marta, de 21 de ani, în 1882. Suntem norocoși să știm atât de multe despre acest tânăr doctor, de când era îndrăgostit. Ca bărbat îndrăgostit are toate simptomele, astfel încât oricine a simțit același lucru, recunoaște imediat această afecțiune.

Vedem că are un devotament dublu, și că se adresează astfel „științelor înalte”: „Înălțimea Voastră, rămân al dumneavoastră, cel mai umil și mai devotat servitor, dar vă rog să nu mi-o luați în nume de rău; niciodată nu v-ați uitat cu afecțiune la mine, niciodată nu mi-ați spus un cuvânt de încurajare; nu îmi răspundeți când vă scriu, nu mă ascultați când vorbesc, dar cunosc o altă doamnă pentru care reprezint mai multe decât pentru dumneavoastră, care îmi întoarce însutit fiecare favoare pe care i-o fac și care, mai mult, are un singur servitor și nu ca dvs., sute. Veți înțelege dacă de acum mă voi devota acestei doamne atât de puțin pretențioasă și de binevoitoare. Păstrați-mă în amintire până mă voi întoarce. Acum trebuie să îi scriu Marthei” (p. 29). Martha pare să fi acceptat acest fapt al dublei devoțiuni. Ulterior, Freud face referire la propria ambiție a Marthei, care pare să se fi împlinit în succesul pe care Freud l-a avut. Dar oricine poate vedea cum munca științifică a lui Freud ar fi putut fi distrusă dacă Martha ar fi avut nevoie de o satisfacere imediată a ambițiilor sale.

În acele zile de început, Freud adunase în jurul său un mic grup compus din fratele Marthei, logodnicul surorii acesteia, precum și din prieteni de-ai săi. Acest grup era numit Bund, și ne putem întreba dacă există vreo legătură între acest grup social și ulteriorul Bund, cel profesional, care era compus din anumiți colegi care l-au ajutat să pună bazele unei societăți psihanalitice.

¹⁴¹ Londra: Hogarth Press, 1961. Această recenzie a apărut în **Jurnalul Britanic de Psihologie** 53 (1962)

Aceste scrisori arată cum Freud, un adevărat evreu, a avut nevoie poate și de o tendință de a găsi, zi de zi, mediul în care să fie liber, libertate de a fi el însuși și de a se dezvolta în modul său personal. Era atât de remarcabil independent ca adult poate tocmai datorită propriei dependențe de un grup, un grup în continuă schimbare și care în cele din urmă depindea de alegerile lui Freud, de toleranța sau intoleranța acestuia.

Dar Freud ascunsese în el un potențial terifiant. Este adevărat că a scris cu sinceritate evidentă: “Consider că este un mare ghinion faptul ca Natura nu m-a înzestrat cu acel ceva nedefinit care atrage oamenii. Cred că acest lucru, mai mult decât orice altceva, m-a privat de a avea o existență roz. Mi-a luat atât de mult să îmi fac prieteni. A trebuit să mă lupt atât de mult pentru draga mea, și de fiecare dată când întâlnesc pe cineva, observ că un impuls, care sfidează rațiunea, face ca acea persoană să mă subestimeze.” (p 211). De asemenea, despre el însuși „...cel care este încă tânăr, dar care nu s-a simțit niciodată tânăr” (p. 138). Și, din nou: „în tinerețea mea nu am fost niciodată tânăr, iar acum, că ajung la vârsta maturității, nu mă pot maturiza cum se cuvine” (p. 214). Dar a fost fericit că Breuer a spus: „...Ascunsă sub o timiditate aparentă, zace în mine o ființă umană neînfricată și de o extremă îndrăzneală. Întotdeauna am crezut astfel, dar nu am îndrăznit să spun nimănui. Adesea am simțit că am moștenit toată sfidarea și pasiunea cu care înaintașii noștri și-au apărat Templul, și mi-aș sacrifica cu bucurie viața în schimbul unui moment măreț în istorie” (p. 215). Adăugat la aceasta, a putut face o afirmație precum aceea cuprinsă în scrisoarea sa către Barbara Low, după moartea lui David Eder: „eram amândoi evrei și știam unul despre celalalt că avem acest lucru miraculos în comun, care - inaccesibil oricărei analize până acum - ne face să fim evrei” (p. 424). (Apropo, în cele din urmă a încercat să pună în umbră acest lucru, atunci când a avansat teza ca Moise Egipteanul a inventat evreii.)

În acest fel, obținem din scrisorile lui imaginea unui om care stabilește următorul aspect personal: *Eu sunt*, și cu siguranță acesta este motivul original pentru angoasele care pe nedrept sunt numite paranoice și care au dus la nevoia de a-și organiza un grup de prieteni, atât ca apărare față de toți ceilalți ce joacă acel joc al vieții numit „Eu sunt regele castelului”, dar care, într-o abordare

pozitivă, reprezintă un grup de persoane care pot fi iubite fără teamă. Aceasta pare a fi sarcina jumătății masculine din diviziunea fabuloasă a lui Platon, care corespunde sarcinii complementare a jumătății feminine - și anume, cea de a forma un cerc în jurul celui nou conceput.

În acest pattern, Martha s-a potrivit bine. Și-a asumat rolul de a fi cealaltă jumătate a lui Freud. Acesta, prin natura sa, era opusul promiscuității. Probabil acest lucru, mai mult ca oricare altul, i-a dat lui Freud dreptul de a lua prin surprindere și de a deranja universul ideilor, și a făcut posibilă lansarea unor “nave” precum Dinamica Inconștientului, Realitate Psihică, Sexualitate Infantilă, Complexul Oedip și multe altele - care s-au dovedit a fi nu atât nave de plăcere, cât vase de război, în războiul Adevărului.

Pentru Freud, cu siguranță că, într-o anumită măsură relația lui fericită cu Martha a condus la rezolvarea problemei sale personale, a bisexualității. Se referea la Martha ca la Cordelia și, făcând aceasta, se regăsește în mod fericit în aceeași barcă cu Breuer (pp. 55, 56). Dar ne lasă nouă sarcina de a descoperi cine joacă rolurile lui Goneril și Regan. Lear a suportat mașinațiuni primilor săi doi născuți „bisexuali” până a putea ajunge la Cordelia, care este în esență feminină. “Vocea sa era întotdeauna ușoară, blândă și joasă, un lucru excelent la o femeie”.

Dacă Freud a ajuns la această simplificare în viața sa, cu ajutorul legitim al unui mariaj fericit, ne-a dat totodată și instrumentul, tehnica psihanalitică, prin care putem pătrunde mult mai în profunzimea fricii de Femeie, așa cum poate apărea în inconștientul oricărei persoane, bărbat sau femeie.

Ultimele scrisori ale lui Freud către Martha de dinaintea căsătoriei lor lipsesc în mod evident. Cititorul îl descoperă dintr-o dată pe Freud, scriindu-i soacrei sale, anunțându-i nașterea unui prunc. A suferit în timpul nașterii, așa cum o fac bărbații, iar acum deja își iubește foarte mult fetița, care are doar 5 ore de viață. Scrie, asemenea unui bun elev în observarea copilului: „Are aproape 7 livre, ceea ce este destul de mult, este teribil de urâtă, își sugă mâna stângă din primul moment, pare să fie destul de temperată și se comportă ca și cum într-adevăr s-ar simți acasă aici. În pofida unei voci

splendide, nu plânge mult, pare foarte fericită, stă confortabil în căruciorul său magnific și nu pare a fi deranjată de marea sa aventură.” (p. 233).

Toate acestea par foarte naturale și normale, și formează un fundal adecvat pentru celelalte scrisori care îl conduc treptat în teritoriul care fusese deja explorat de către Jones.

Acest recenzent găsește o mare comoară în această carte și în *insight*-ul privind personalitatea unui om atât de remarcabil. Freud vorbește despre faptul de a elibera “toate izvoarele iresponsabilității mele” (p. 175); și scrie: „...în inimă încă sunt copil; pot fi atât de fericit numai pentru simplul fapt de a mă afla în alt loc, de a avea alți bani în buzunar” (p. 92). Poate râde o seară întreagă la un spectacol la Roma, *Carmen* (p. 275); și, citind *Don Quijote*, moare de râs (p. 59); iar primind o scrisoare de la Martha: „am sărit în sus de bucurie - nu ratez acest exercițiu, dacă există cel mai mic motiv pentru aceasta.” (p.111).

Iar apoi, serios, răspunzând unei scrisori de la un prieten care suferise pierderea unui fiu, și scriind la comemorarea pierderii fiicei mijlocii, Sophie, spune: „Deși știm că, după o astfel de pierdere, starea acută de doliu se domolește, știm de asemenea că vom rămâne neconsolați și că nu vom găsi niciodată un substitut. Orice ar umple golul, chiar dacă l-ar umple complet, tot ar fi altceva. Și, de fapt, așa trebuie să fie. Este unicul fel de a perpetua acea dragoste care nu vrem să lăncezească.” (p. 386)

În fine, care era ideea lui Freud despre măreția omului? “Nu am fost interesat de toate speciile. Mi s-a părut întotdeauna că cruzimea și încrederea în sine arogantă constituie condiția indispensabilă a ceea ce, atunci când are loc, considerăm a fi măreție; și mai cred că trebuie să facem diferența între măreția realizărilor și măreția personalității.” (pp. 295-296).

S-ar putea afirma, bazându-ne pe aceste scrisori, că Freud era uman și că era un om cu o simțire profundă, și că, așa cum se consideră în general, a avut realizări mari. S-ar putea spune că a avut și o personalitate măreață.

Harold F. Searles

Recenzie la *Mediul non-uman în dezvoltarea normală și în schizofrenie*¹⁴²¹

1963

Asemeni Cuvântului, ideile pot cădea pe tărâm sterp sau pot fi primite de pământul cel bun, ajungând să dea roade. O idee originală necesită un public, iar un public bun constă în cei care au avut deja ideea respectivă; pe care se bucură să o găsească formulată, fiind în același timp mânioși că au ratat șansa de a pretinde întâietatea asupra ei. În felul acesta, evaluarea și atribuirea originalității devin chestiuni alunecoase, fiecare creator fiind într-o oarecare măsură imitator.

Îmi place să fac parte din public, din pământul cel bun care face ca această lucrare a lui Searles să dea roade. Ideea unui studiu asupra mediului non-uman este limpede și de mult depășită în cercurile psihanalitice. Searles aduce în discuție cum de a fost posibilă această îndelungată întârziere - și pe bună dreptate s-ar putea aștepta din partea analiștilor să devină suspicioși în privința oricărui curent care distrage atenția de la teoria relațiilor de obiect, obiectul fiind uman, sau un obiect parțial care așteaptă să i se permită să devină întreg. Această suspiciune decurge din dezvoltarea teoriei psihanalitice pe baza Sinelui conținut de Eu și controlat de Supraeu, sau al Eului orientat atât asupra Sinelui, cât și asupra lumii înconjurătoare, în permanență angajat în reconcilierea acestor două realități. Când psihanalistii au ajuns să fie suficient de siguri pentru a explora psihologia Eului și a relațiilor cu Eul, această nouă perspectivă a fost câștigată atât pentru semnificația dependenței infantile, cât și pentru nevoile pacienților schizofreni care, în afara bolii, manifestă o tendință spre dezvoltarea emoțională sănătoasă, deși întârziată.

Searles a scris o carte întreagă, și încă una deosebit de interesantă, pe tema relației omului cu mediul non-uman – cu câinele în calitatea sa de câine, în afara simbolismului, și cu lumea fizică, în afara

¹⁴² New York: International Universities Press, 1960. Această recenzie a apărut în *International Journal of Psycho-Analysis* 44 (1963). Copyright © Institute of Psycho-Analysis

semnificației sale ca mamă, sau ca loc de realizare a proiecțiilor. S-ar putea spune că atunci când Sechehaye i-a dat fetei mărul cu pricina la un anume moment dat (realizare simbolică), Searles ne atrage atenția atât asupra mărului, care e de presupus să fi fost potrivit de copt, cât și asupra livezilor din care provin merele, asupra accesului lui Sechehaye la roadele livezilor și așa mai departe.

În mod cert, această temă se dezvoltă foarte ușor o dată ce apar considerațiile pe marginea ei și, chiar dacă ideea care evidențiază scriitura poate fi extrasă și cercetată în cele de față, răsplata cititorului constă totuși în lectura efectivă a cărții.

În ceea ce privește ideea, o bună parte din munca mea se leagă de această temă. Nu m-am temut că teoria dezvoltării individuale se va intersecta cu recunoașterea rolului jucat de mediul din afara zonei proiecțiilor individuale. Amintiți-vă în această privință de Hartmann cu zona liberă de conflict din eu, care nu interferează sub nici o formă cu conceptul de conflict și de angoasă.

S-ar putea constata că mediul non-uman descris de Searles revine în cele din urmă la ideea de a fi mamă, dar într-un fel faptul este diferit de modalitatea obișnuită prin care fenomenele de mediu sunt privite ca proiecții, iar proiecțiile ca introiecții. Mă refer la faptul că acest mediu non-uman poate fi privit ca extensie a mediului pe care îl reprezintă mama, înainte a ajunge copilul la relații de obiect cu investirea *Self*-ului. Am dezvoltat această temă în termenii relației de tip Eu și în termenii dependenței duble. Prin dependență dublă înțeleg relația copilului cu fenomenele de mediu de care, sugar fiind, nu poate fi conștient, astfel încât mai târziu, în ipostaza de pacient, sugarul devenit copil sau adult nu le poate reproduce ca model care să se descopere în transferul afectiv analitic. Cu alte cuvinte, mediul la care mă refer prin conceptul de dublă dependență este unul care, în mod esențial, nu este alcătuit din proiecții. Mai târziu, individul poate ajunge la o recunoaștere a faptului printr-o acceptare sofisticată a realității „divizate”. Această acceptare a principiului realității este o problemă a intelectului.

Astfel, o parte a mediului non-uman al lui Searles este umană, o parte animală, o parte vegetală și una pur fizică. Forța de gravitație este un element al mediului non-uman care distinge perioada de după naștere de perioada prenatală; dintr-o perspectivă pozitivă, copilul recunoaște faptul în

senzația de greutate, iar dintr-una negativă, copilul recunoaște gravitația indirect, prin panica infinită asociată cu susținerea într-un mod care nu inspiră siguranță. A fost nevoie de un Newton și de mii de ani de evoluție pentru ca a se formula conceptul de gravitație, și în permanență, în observarea bebelușilor în dezvoltare, vedem efectele detaliilor mediului non-uman, deseori neajungând la stadiul de afirmație. Searles încearcă, după părerea mea, să facă o expunere generalizată, care să acopere dezvoltările viitoare, cum ar fi, de pildă, posibilitatea ca într-o zi psihologia să contribuie în domeniul fizicii, în privința anumitor detalii.

Ar fi Searles de acord cu o schimbare de nume? Se pare că termenul său nu este suficient de bun din cauză că mediul său non-uman poate fi tot atât de bine uman, cum ar fi, de pildă, culoarea părului mamei, faptul supraviețuirii sau morții acesteia, sau profesiunea tatălui, care poate fi miner și se întoarce acasă negru, sau brutar, și atunci se întoarce alb. Cred că Searles se referă la mediul non-proiectiv, sau la toate acele aspecte ale mediului individual care de fapt acționează sau își exercită influența înainte ca individul sugar să fie gata să preia controlul asupra realității exterioare prin mecanismele proiecției și introiecției.

Afinitatea dintre punctul meu de vedere și cel al lui Searles poate fi lesne ilustrată. De pildă (p. 416): „Pacientul în regresie profundă, mai mult decât oricine altcineva cu excepția copilului, are nevoie să dispună de un mediu non-uman care să nu fie doar relativ stabil și relativ simplu, ci și frumos.” Lăsând la o parte detaliul legat de frumusețe, care introduce mai multe considerații complexe, găsesc această idee a unui mediu non-uman relativ stabil și relativ simplu aproape identică propriei mele insistențe asupra maternajului îndeajuns de bun, fără de care dezvoltarea generatoare de sănătate mintală (în sensul de absență a predispoziției spre psihoză) nu se poate produce într-un mod satisfăcător. Acesta este mediul non-uman pe care, de fapt, îl reprezintă mama, mama și tatăl, familia, locuința, care afectează sugarul înainte de era controlului prin proiecție și introiecție.

Unitatea timpurie din etapa de dinainte ca sugarul să separe mama de sine, cea care apare în psihoze ca o fuziune, nu reprezintă o identificare cu o persoană și nici cu un obiect; este identificarea cu

mediul non-uman, sau, după denumirea pe care aş dori să o aplic, cu mediul non-proiectiv. În felul acesta, studiul lui Searles este de importanţă majoră atât pentru înţelegerea schizofrenilor, cât şi pentru înţelegerea fenomenelor care funcţionează într-o manieră silenţioasă în cadrul maternajului îndeajuns de bun.

Searles poate totuşi să rămână la termenul de „mediu non-uman” şi să se concentreze asupra faptului că în procesul de preluare a controlului asupra realităţii externe prin introiecţie şi proiecţie, copilul în dezvoltare (sau pacientul în regresie) depinde de acea realitate externă care există de fapt pentru utilizarea ei în exercitarea acestor mecanisme mintale.

57

C. G. Jung

Recenzie la *Amintiri, vise, reflecţii*¹⁴³

1964

Publicarea acestei cărţi le acordă psihanaliştilor şansa, probabil ultimă, de a se pune de acord cu Jung. Dacă nu reuşim să ajungem la o înţelegere cu Jung suntem partizani autodeclaraţi, însă în slujba unei cauze false.

Jung a fost un om, o persoană reală care întâmplător a trăit pe timpul lui Freud şi care inevitabil l-a întâlnit pe Freud. Impactul întâlnirii lor furnizează material pentru studii serioase, iar maniera despărţirii lor nu este cu nimic mai puţin interesantă pentru învăţăceii într-ale firii omeneşti. Psihanaliştii pot alege să se alieze cu Freud şi în funcţie de acesta să-l evalueze pe Jung, sau pot privi la Freud şi la Jung, dându-le voie să se întâlnească, să păşească împreună şi să se despartă. În cel de-al doilea caz, trebuie să avem cunoştinţă de Jung, iar valoarea acestei cărţi constă în aceea că ne permite să-l cunoaştem pe Jung pe vremea când era în totalitate neafectat de Freud şi de lucrările acestuia.

¹⁴³ London: Collins and Routledge, 1963. Această recenzie a apărut în *International Journal of Psycho-Analysis* 45 (1964). Copyright © Institute of Psycho-Analysis

Prin „această carte” mă refer la primele 115 pagini. Aceste prime trei capitole sunt autobiografie pură. Avem de-a face cu o autobiografie care își merită locul printre celelalte scrieri cu același profil, cu adevărat convingătoare; nu există dubiu în privința valorii acestor capitole ca declarație cu adevărat autorevelatoare. Recenzia de față va avea în vedere aceste capitole importante - și mai ales pe cel dintâi: „Primii ani.”

Am încredințarea că *fiecare psihanalist trebuie să citească* aceste prime trei capitole și astfel să facă cunoștință cu Jung, așa cum a fost el, și că nici un psihanalist care nu le-a citit nu este calificat să vorbească sau să scrie despre Jung sau Freud și despre întâlnirea lor sau despre eșecul lor de a se înțelege.

În discutarea acestor detalii despre viața lui Jung, mă înscriu în categoria celor portretizați în cuvintele lui Jung: „îmi amintesc de mormolocii cei optimiști care se bălăcesc într-o băltoacă la soare, în cea mai puțin adâncă dintre ape, îmbulzindu-se și dând din coadă, total inconștienți de faptul că a doua zi dimineăța băltoaca va fi secăt și vor fi rămas pe uscat” (p. 28). În ciuda acestui fapt, trebuie să merg mai departe, utilizând bogatul material pe care Jung l-a furnizat pentru o privire îndeaproape asupra omului ce stătea să devină Jung și care ulterior a și devenit.

Autodescriindu-se, Jung ne oferă o imagine a schizofreniei infantile și, în același timp, personalitatea sa dovedește o putere unică de autovindecare. S-a vindecat cu un preț, iar parte din acesta constă în ceea ce ne-a revenit nouă, având în vedere că putem asculta și auzi, în termenii înțelegerii sale excepționale. Înțelegere a ce? A sentimentelor celor care sunt divizați emoțional.

Trebuie să rog cititorul în acest stadiu să înțeleagă că nu îl subestimez pe Jung, etichetându-l drept „un caz vindecat de psihoză infantilă”. Poate că sunt „un mormoloc inconștient de soarta mea”, dar nu iau în derâdere personalitatea sau caracterul lui Jung. Atunci când spun că Jung a fost nebun și că s-a vindecat, nu fac ceva mai rău decât dacă aș afirma despre mine că am fost sănătos, dar că prin analiză și autoanaliză am atins o anumită dimensiune a nebuniei. Evoluția lui Freud spre starea de sănătate este ceva de pe urma căruia noi, psihanalisti, încercăm să ne revenim, întocmai precum

adeptii lui Jung încearcă să se vindece de „Sinele divizat” al lui Jung și de felul în care el însuși i-a făcut față.

Într-un fel, Jung și Freud se dovedesc a fi complementari; sunt asemeni aversului și reversului unor monede; cunoscându-l pe Jung, putem înțelege de ce nu a fost posibil ca el și Freud să se înțeleagă în acei ani de început de secol, când Freud lupta să pună bazele unei științe care treptat se putea extinde, iar Jung începuse să „știe”, dar era handicapat de propria-i dorință de a căuta un Eu prin intermediul căruia să cunoască. La sfârșitul unei vieți lungi, Jung a ajuns la centrul propriului său Eu, care s-a dovedit a fi un drum închis; și, în comparație cu acest fapt, este posibil să găsim preferabilă bâjbâiala lui Freud și eșecul său treptat de a finaliza ceva, exceptând faptul că a pus la punct un proces pe care noi și toate generațiile viitoare îl putem folosi pentru terapie, ceea ce reprezintă o cercetare asupra naturii umane, și pe care îl putem folosi și pentru cercetare, ceea ce reprezintă o terapie a omului.

Vom aduce în discuție și următorul fapt cu privire la relația dintre Freud și Jung: trebuiau să se întâlnească, dar Freud nu ar fi putut merge la Jung pentru analiză, deoarece Freud a inventat psihanaliza, iar Freud avea, de asemenea, nevoie să lase deoparte domeniul nebuniei pentru a înainta cu greu spre aplicarea principiilor științifice la studiul naturii umane; iar Jung nu ar fi putut fi analizat de Freud, pentru că Freud nu ar fi putut face această analiză care ar fi implicat aspecte de teorie psihanalitică care de-abia acum, o jumătate de secol mai târziu, încep să iasă la iveală ca dezvoltare a metapsihologiei psihanalitice. Cu alte cuvinte, acești doi oameni, fiecare posedat de câte un daimon, nu puteau decât să se întâlnească, să comunice fără a atinge o înțelegere elementară, și apoi să se despartă. Modul în care s-au întâlnit și despărțit prezintă interes, dar are o semnificație secundară.

Cel mai bun mod în care pot contribui la aprecierea acestei cărți constă în efectuarea unui studiu preliminar la primul capitol. Trebuie amintit, totuși, că atunci când se recenzează o autobiografie, nimic nu poate înlocui experiența lecturii efective. Pot comunica numai cu aceia care au citit propria declarație a autorului și au asimilat-o deja.

Din cauza intereselor mele speciale, pot contribui mai mult la capitolele de început față de cele ulterioare, și mă apropiez astfel de primul capitol, „Primii ani”, cu o teorie precisă și detaliată privind dezvoltarea emoțională a copilului și deținând o considerabilă experiență clinică de diverse tipuri de observație, directă și indirectă, care reprezintă materia practicii psihiatriei infantile. În mod firesc, sunt entuziasmat să descopăr această sursă deosebit de bogată.

Amintirile timpurii ale lui Jung sunt caracterizate de conștiința frumuseții și fericirii și faptul indică introducerea acestui copil singur la părinți (o soră avea să se nască atunci când el avea deja 9 ani) în lumea lucrurilor frumoase, de către cei care îl iubeau. Există un aspect negativ al acestui fel de experiență de sentiment pozitiv, pe care în cele din urmă trebuie să încercăm să-l descoperim. Se va dovedi a fi o distorsiune a tendințelor integrative, ca urmare a eșecului pe plan matern al mamei, din cauza propriei boli.

Până la vârsta de 4 ani, psihoza lui Jung se instalase, iar apărarea ce avea să dureze o viață l-a servit corespunzător; este remarcabil că, în cele din urmă, a fost capabil să-și înțeleagă propria-i psihoză atât de profund pe cât dovedește în această autobiografie.

Afirmam în altă parte că în această arie a psihozei, mai degrabă decât în cea a nevrozei psihice, trebuie să ne așteptăm să găsim leacul prin autovindecare. Jung este un astfel de exemplu, deși autovindecarea nu este același lucru cu soluționarea prin analiză.

Înainte de vârsta de 4 ani, Jung suferise căderea nervoasă pe care se fundamentează organizarea unui model de apărare. De aceasta își amintea ca fiind perioada când tatăl său îl purta peste tot și îi cânta. Suferea, crede el, de o eczemă generalizată - și leagă această boală de înstrăinarea dintre părinții săi, care prindea contur la vremea respectivă. Cu alte cuvinte suferea de o dezintegrare a Eului (o depersonalizare), o inversare a proceselor de maturizare; apărarea s-a stabilit sub forma unei dedublări de personalitate, legată la unul dintre niveluri de separarea părinților. Putem presupune că în cazul lui Jung scindarea nu a fost o slăbiciune a Eului moștenită, dacă există astfel de lucruri, și nu a fost în întregime un eșec primar de realizare a stării unitare în stadii mai timpurii de dezvoltare emoțională, ci a fost un tip de apărare organizat într-o perioadă de dependență de uniunea parentală.

Există dovada unui factor extern mai timpuriu, respectiv depresia maternă, care i-a afectat copilăria și i-a furnizat negativul pentru calitățile pozitive pe care le-a proiectat asupra peisajului, lucrurilor sau asupra lumii. Cea mai veche amintire a sa nu este cea a mamei. A apelat, totuși, la alte femei decât mama sa, iar una dintre aceste femei a format baza concepției sale despre propria sa anima. (Pentru mine, anima este acea parte a oricărui bărbat care poate spune: am știut din totdeauna că sunt femeie.)

Jung este în stare să relateze un vis semnificativ care a dat modelul vieții sale, inclusiv celei profesionale. Acesta este adevăratul Jung, și este legitimă construirea pe această bază a unor teorii posibile asupra dificultăților personale ale lui Jung - dar și pe baza felului său de a aborda dificultățile.

Cel mai vechi vis de care îmi pot aduce aminte este cel care avea să mă preocupe întreaga viață. Aveam atunci între trei și patru ani.

Casa parohială se înălța singuratică lângă castelul Laufen și o pajiște mare se întindea în spatele fermei paracliserului. În vis mă aflu pe pajiște. Deodată am descoperit în pământ o gaură întunecată, dreptunghiulară, îngrădită cu pietre. Nu o mai văzusem niciodată înainte. Am alergat înspre ea și, curios, am aruncat o privire înăuntru. Apoi am văzut o scară de piatră ce ducea în jos. Am coborât, ezitând și înfricoșat. La bază era o ușă cu o arcadă rotundă, acoperită cu o draperie verde. Era o draperie mare, grea, cu o lucrătură ca de brocart și arăta foarte somptuos. Curios să văd ceea ce s-ar putea ascunde în spatele ei, am dat-o la o parte. Mi-a apărut în lumina neclară o cameră rectangulară, de aproximativ treizeci de picioare. Tavanul era arcuit, din piatră sculptată. Podeaua era din lespezi și pe centru un covor roșu conducea de la intrare la o platformă joasă. Pe această platformă se găsea un tron de aur, minunat în opulența sa. Nu sunt sigur, dar parcă era o pernă roșie pe locul de stat. Era un tron magnific, un adevărat tron de împărat din basme. Pe el stătea ceva ce la început am crezut că este un trunchi de copac înalt de douăzeci sau cincisprezece picioare și gros cam de un picior și jumătate, cel mult două. Era ceva imens, aproape că atingea tavanul. Dar era de

o consistență curioasă: era făcut din piele goală și carne, iar deasupra stătea ceva ce aducea cu un cap rotunjit, fără față și fără păr. În vârf de tot, era un singur ochi, care privea imobil în sus.

Era suficient de multă lumină în încăpere, în ciuda faptului că nu existau ferestre sau alte surse vizibile de lumină. Deasupra capului se zărea, totuși, o aură de strălucire. Lucrul nu se mișca, deși aveam senzația că oricând se putea târî de pe tron, ca un vierme, să se strecoare spre mine. Eram paralizat de teroare. Apoi am auzit venind de afară și de deasupra mea vocea mamei. Striga: „Da, privește-l numai! Acesta este mâncătorul de oameni!”. Faptul mi-a sporit teroarea încă și mai mult, și m-am trezit transpirat și speriat de moarte. Multe nopți după aceea mi-a fost frică să adorm, pentru că aș fi putut avea un alt vis ca acesta.

În acest stadiu putem întocmi deja harta clinică a lui Jung, după cum urmează:

Potențial sănătos.

Copilărie tulburată de depresia maternă, fapt contracarat de sentimentele de tip matern manifestate de tată.

Trei ani: cădere psihică, legată de separarea dintre părinți.

Măsură de apărare temporară: tulburare psiho-somatică care determină manifestări de tip matern din partea tatălui (dependența continuă).

Patru ani: principala organizare defensivă și câștigarea independenței.

Putem continua, cu ajutorului celeilalte părți a cărții:

Diverse pericole de cădere în copilăria târzie, autovindecate.

Măsurile de apărare includ: Eul real (secret); Eul fals; făurirea unei lucrări pe parcursul unei vieți pe baza organizării măsurilor de apărare, împreună cu tendința permanentă de vindecare a dedublării personalității.

În sfârșit, în întocmirea autobiografiei, retrăirea detaliilor semnificative din pruncie și copilărie, cea mai probabilă autovindecare de schizofrenie infantilă. În acest caz Eul real nu mai este secret, iar Eul fals, de valoare inestimabilă pentru că i-a permis lui Jung să ducă o viață „normală”, a devenit relativ nefolositor.

Privită astfel, viața remarcabilă a lui Jung prinde formă și un fapt de mare preț reiese spre folosul nostru, deoarece ajungem să înțelegem minciuna pe care Jung i-a spus-o lui Freud. Lui Freud îi este relatat un vis (pp. 155,156), care se încheie astfel:

„Pe podea era un praf gros, iar în praf se aflau împrăștiate oase și vase sparte, asemenea rămășițelor unei culturi primitive. Am descoperit două cranii umane, în mod evident foarte vechi și pe jumătate dezintegrate. Apoi m-am trezit.”

Ce l-a interesat pe Freud în principal din acest vis erau cele două cranii. A revenit la ele în mod repetat și m-a îndemnat să găsesc o *dorință* legată de ele. Ce credeam eu despre aceste cranii? Și ale cui erau? Știam perfect, desigur, unde vroia s-ajungă: la faptul că în vis apăreau dorințe legate de moarte.

„... M-am supus intenției sale și am spus: „Erau ale soției și cumnatei mele”...

Și în felul acesta i-am spus o minciună.”

În existența lui Jung, minciuna aceasta constituie, probabil, punctul de maximă apropiere de Sinele unitar, înainte de a putea, la bătrânețe, să scrie autobiografia în discuție.

Când Jung îl minte pe Freud în mod deliberat, el devine o unitate cu capacitatea de a-și ascunde secretele, în locul unei personalități dedublate, care nu deține spațiu pentru a ascunde nimic. Probabil că astfel Freud i-a făcut un fel de serviciu lui Jung, deși fără s-o știe. Putem realiza de ce Freud nu avea cum să-și dea seama, dar rămâne ca noi să cunoaștem și să înțelegem pe cât posibil faptele de care dispunem. „A fi atotînțelegător te face extrem de indulgent.”

Nu contează prea mult cu ce era în legătură minciuna. La un moment dat Jung trebuia oricum să-l mintă pe Freud, pentru că în caz contrar ar fi început analiza cu acesta din urmă, analiză care nu ar fi putut conduce spre vindecare, deși ar fi putut conduce la un transfer de la psihoză la starea de sănătate, sau la psihonevroză.

Se poate afirma oare că celebrele crize de leșin ale lui Freud spun aceeași poveste, în sens invers?

Pare semnificativ că în amenințarea de cădere a lui Jung de la vârsta de 12 ani simptomele erau de

leșin; în spatele leșinului se ascundea un „impuls suicidal”, iar în spatele acestuia se afla nebunia infantilă (dezintegrarea, depersonalizarea, inversarea procesului de maturizare).

Putem fi bucuroși de faptul că Jung și Freud s-au despărțit și că fiecare dintre ei și-a menținut integritatea personală, trăind pentru a îmbogăți lumea într-o manieră excepțională.

Adepții lui Jung și Freud astăzi

Este necesară acum examinarea unora dintre efectele pe care organizarea defensivă a lui Jung împotriva psihozei le-a avut asupra adepților lui Jung și Freud din ultima vreme.

Nu putem să nu observăm, de fiecare dată când ne întâlnim ca să discutăm despre natura umană, că putem utiliza aceiași termeni cu sensuri care nu sunt doar diferite unul față de altul, ci par și ireconciliabile. Cei mai înrăiți contravenienți par a fi termenii de „inconștient” și „Sine”.

Inconștientul

Încă de pe vremea visului lui Jung, când acesta avea patru ani, era clar că el și Freud nu aveau să poată comunica niciodată în legătură cu inconștientul. Indiferent de ce reprezenta Freud, el era o personalitate unitară, cu un loc în interiorul său rezervat inconștientului. Jung era altfel. Este imposibil ca o personalitate dedublată să aibă un inconștient, deoarece nu există loc pentru așa ceva. Asemeni pacienților noștri schizofreni (deși nu era astfel), Jung cunoștea adevăruri care nu erau disponibile majorității bărbaților și femeilor. Dar și-a petrecut viața căutând un loc unde să-și păstreze realitatea psihică interioară, deși sarcina era una cu adevărat imposibilă. Pe la vârsta de 4 ani, adoptase teoria sofisticată a stratului subteran al visului, asociat îndeaproape în cazul său cu îngroparea morților. A coborât adânc și a găsit viață subiectivă. În același timp a devenit o persoană retrasă, prezentând ceea ce la momentul respectiv era greșit catalogat ca fiind o depresie clinică. De aici a dezvoltat Jung explorarea inconștientului, iar (pentru mine) conceptul său de inconștient colectiv a fost o parte din încercarea lui de a face față lipsei de contact cu ceea ce ar putea fi denumit astăzi drept inconștientul-conform-lui-Freud.

Fapt care ne inspiră ideea că munca lui Jung se situează în afara accesului prin intermediul instinctului și al relaționării cu obiectele (exceptând sensul subiectiv). Personalitatea Nr. 1 extrovertită a lui Jung (Fals *Self*, în terminologia mea) a generat, în mod clar, o impresie de relativă normalitate, și i-a conferit lui Jung un loc în lume, o viață de familie și profesională bogată, dar Jung vorbește deschis despre preferința sa pentru Sinele Adevărat (în terminologia lui Jung), personalitatea Nr. 2, care a purtat pentru el sensul realului. Singurul loc pentru inconștientul său (în sens freudian) este în Eul său Adevărat, secret, constituind o enigmă învelită într-o altă enigmă. Faptul a fost dramatizat în conținutul secret al unui penar ascuns în secret, și apoi uitat preț de mai multe zeci de ani. În mod normal conținutul secret era semnificativ și în cele din urmă s-a descoperit a fi înrudit îndeaproape cu numitorii comuni ai științei antropologice.

În cazul în care înțelesul special atribuit de Jung termenului „inconștient” ar fi înțeles și păstrat distinct față de diversele utilizări pe care Freud i le conferă, atunci ar fi posibil ca psihanalistul să se alăture celor mulți, care consideră scrierile lui Jung ca fiind o contribuție majoră la studiul oamenilor și la corelarea faptelor strânse de peste tot din lume. Dar, în cazul în care ar renunța la diversele înțelesuri atribuite de Freud termenului „inconștient”, incluzând conceptul inconștientului refulat, psihanalistul ar sacrifica valori esențiale. Este imposibil de conceput un inconștient reprimat în cazul unei minți dedublate; ceea ce apare în loc este disocierea.

Când Jung a contemplat ideea penisului în erecție în locul regelui pe tron din încăperea subterană din visul de la 4 ani nu lega faptul, de pildă, de o proiectare a propriilor sale excitații falice. Părea să se teamă că vreun mormoloc de psihanalist ar insista că zărise pe undeva vreun penis în erecție, dar singurul lucru pe care un psihanalist l-ar constata ca fiind absent este încercarea de a face corelația cu viața instinctuală a lui Jung la 4 ani.

În felul acesta nu există decât un foarte mic conflict Oedip în personalitatea dedublată, și nici nu există conflicte cu tatăl în existența extravertă; un conflict cu tatăl era oricum întrepătruns cu înstrăinarea dintre părinți la momentul respectiv, și prin faptul că tatăl lui Jung devenise figura maternă pe care se baza în viață. Prin urmare, era nepregătit ca bărbat pentru conflictul cu Freud. Un

conflict imaginar cu Freud ar fi constituit în sine baza unei prietenii (homosexualitate sublimată) și există dovezi că Freud ar fi întâmpinat cu bucurie un astfel de conflict imaginar.

Jung a ajuns la ura față de tată într-un mod uimitor, nutrind ideea că intenția lui Dumnezeu este ca bărbații și femeile create de el să păcătuiască, urmărind ideea că Dumnezeu defecase din tronul său de aur pe acoperișul cel nou și frumos al catedralei, prăvălind zidurile în toate părțile. Din nou, în mod firesc, Jung nu face un pas înapoi pentru a lega faptul de propria distrugere a frumuseții. Nu ne putem aștepta să-l găsim pe Jung resimțindu-l pe Dumnezeu ca pe o proiecție a propriei omnipotențe infantile, și nici defecarea ca pe o proiecție a urii personale față de tată asupra mamei; sau, la un nivel primitiv, propria sa distrugere de obiecte bune deoarece sunt reale, în sensul că se află în afara sferei sale de omnipotență.

Jung își descrie joaca (în mare măsură de unul singur înainte de a merge la școală) ca pe un proces constant de construire și reconstruire, urmat întotdeauna de înscenarea unui cutremur și distrugerea clădirii. Ceea ce nu putem găsi în materialul furnizat de Jung este distrugerea imaginară urmată de sentimentul vinovăției și apoi de construire. Se pare că lucrul reprimat în frageda pruncie a lui Jung, adică dinainte de căderea nervoasă infantilă, era agresiunea primitivă – și amintim aici că tocmai la această distructivitate infantilă este dificil de ajuns atunci când copilul este îngrijit de o mamă aflată în depresie. (Fordham s-a referit la frica lui Jung de propria-i distructivitate.)¹⁴⁴

Sinele

O discuție încă și mai dificilă pentru mine se referă la utilizarea termenului „Sine” de către Jung. (Această temă a fost clar luată în discuție de către Fordham.)¹⁴⁵

Cuvântul „Sine” nu este un termen psihologic, ci unul pe care îl utilizăm cu toții, și este posibil ca Jung să fi contribuit mai mult decât Freud la înțelegerea sensului cuvântului sau la înțelegerea a

¹⁴⁴ M. Fordham, O evaluare a operei lui Jung (Londra: Guild of Pastoral Psychology, Prelegerea nr. 119, 1962).

¹⁴⁵ M. Fordham, „Fundamentul empiric și teoriile Sinelui în opera lui Jung”, *Jurnalul de Psihologie Analitică* 8 (1963).

ceea ce ar putea denota. Fordham însuși a fost cel care m-a împins spre recunoașterea faptului că utilizam termenii de „Sine” și „Eu” ca și cum ar fi sinonime, ceea ce de fapt nu sunt; nu pot fi, din moment ce „Sine” este un cuvânt, iar „Eu” reprezintă un termen utilizat convențional, având un sens asupra căruia s-a convenit.

Adevărul este că termenul „Eu” este folosit diferențiat, în funcție de utilizarea terminologiei freudiene sau jungiene. Freud cu siguranță folosea cuvântul în feluri diferite, în funcție de perioada în care scria. În metapsihologia freudiană, conceptul de Eu are propria sa evoluție. Ideea timpurie a Eului ca parte a Sinelui nu a rezistat la testul timpului. Psihologia Eului în cercurile psihanalitice a început să se dezvolte în anii treizeci, parcurgând un drum lung până în zilele noastre, astfel încât este luată în considerare ideea existenței unui Eu de la început (anterior și acoperind experiența sinelui), mai ales dacă este cercetat în strânsă legătură cu suportul Eului acordat de mamă pe cale senzitivă copilului suficient de norocos să aibă o mamă susținătoare a Eului.

În literatura psihanalitică, s-a scris despre maturizare în termenii evoluției Eului, incluzând conceptul de tendință spre integrare și spre o capacitate față de relaționarea cu obiectul și de parteneriat psiho-somatic. În viitorul apropiat, se așteaptă o mare extindere a înțelegerii teoretice dincolo de aceste granițe. Toate acestea par a fi ignorate în scrierile jungiene, iar noi nu ne putem permite să ignorăm nimic din ceea ce este valid. Cu toate acestea, adepții lui Jung jonglează foarte bine cu ideea Sinelui și este rândul psihanaliștilor să afle care le sunt puterile în acest domeniu.

Ceea ce cred că trebuie amintit este că Jung însuși și-a petrecut viața căutându-și propriul Sine, pe care nu l-a găsit cu adevărat niciodată, din moment ce a rămas, într-un oarecare grad, dedublat (exceptând măsura în care această dedublare a fost vindecată prin munca la autobiografia sa). La bătrânețe pare că a renunțat mult la personalitatea Nr. 1 și că a trăit conform Sinelui Adevărat și că în acest fel a găsit un Sine pe care putea să-l numească al lui. Procedând astfel, nu a fost oarecum rezervat unct de vedere clinic?

În cele din urmă, a ajuns la centrul Sinelui său. După cum am sugerat mai înainte, faptul pare să fi fost satisfăcător pentru el, dar și oarecum un fel de drum închis în același timp, dacă îl

privim ca o realizare a unei personalități remarcabile și cu adevărat mare. În orice caz, a fost preocupat de mandala, care, din punctul meu de vedere este un construct defensiv, o măsură de apărare împotriva acelei spontaneități vecină cu distrugerea. Mandala este un lucru cu adevărat înspăimântător pentru mine din cauza imposibilității sale de a ajunge la o înțelegere cu distrugerea, cu haosul, dezintegrarea și toate celelalte forme de nebunie. Este fuga obsesivă de dezintegrare. Descrierea lui Jung cu privire la ultimele decade petrecute în căutarea centrului propriului său sine îmi pare a fi descrierea unui sfârșit încet și obositor al unei vieți de splendidă luptă. Centrul Sinelui este un concept relativ nefolositor. Mi este importantă atingerea forțelor de bază ale existenței individuale, iar pentru mine este clar că dacă baza reală o constituie creativitatea, aceasta este imediat urmată de distrugere.

Aceasta este o problemă care necesită o abordare specială într-un cadru diferit. Cert este că cercetarea sinelui și modalitatea de a te simți real și de a trăi prin Selful adevărat mai degrabă decât prin cel fals reprezintă o sarcină care nu rămâne doar în seama schizofrenilor; aparține într-o proporție destul de mare rasei umane. Cu toate acestea, trebuie admis că pentru mulți oameni *nu* aceasta este problema principală; experiențele infantile i-au purtat satisfăcător în etapele timpurii, astfel încât o soluție a fost găsită în copilărie pentru această problemă esențială. În general, problemele de viață nu sunt legate de căutarea unui Sine, ci de utilizarea totală și satisfăcătoare a unui Sine, care reprezintă o unitate și care este de sine stătător. Există multe probleme de altă natură pentru personalitatea unitară, cu toate că, în cazul acesteia din urmă cuvântul „Sine” are un înțeles clar, care nu necesită explicații.

Este cu adevărat dificil pentru cei cu personalități unitare sănătoase să atingă empatia cu cei cărora le dă constant de furcă propriul sine dedublat. Jung a fost de folos în acest caz și printre psihanaliști există unii care ne atrag atenția asupra inaplicabilității așa-numitei tehnici psihanalitice clasice în tratarea schizofreniei.

Viața lui Jung ne-a arătat, cred, felul în care boala psihică nu numai că poate cauza unei persoane multe neplăceri, dar poate, de asemenea, să împingă persoana respectivă la realizări extraordinare.

El a aruncat, desigur, o rază de lumină asupra problemei comune tuturor ființelor umane, în ceea ce privește măsurile de apărare comune împotriva spaimelor intolerabile, a celor care s-ar putea numi spaima psihotice.

Cartea este una dintre cele care ne poate ajuta să devenim obiectivi în evaluările noastre cu privire la Jung, în aceeași măsură în care ne dorim să fim obiectivi în privința lui Freud. Noi înșine aplicăm analiza și trebuie să fim capabili să ne analizăm maeștrii; prin forța lucrurilor, ei nu au putut avea parte de analiză.

Întreaga carte merită o lectură atentă. Traducerea este una reușită. Un singur cuvânt îl pun însă sub semnul întrebării: „realizat” ca traducere a lui *erreichten*. „*Ich konnte mich nie aufhalten beim einmal Erreichen*.” Nu s-ar fi putut traduce prin: „Nu mă pot opri la un lucru o dată ce am ajuns la el?” „Realizat” pare să implice asimilarea. O eroare de traducere în acest caz ar putea știrbi din entuziasmul față de alte jocuri de analiză jungiană.

58

Erik H. Erikson

Recenzie la *Copiăria și societatea*¹⁴⁶

1965

„Nu am nimic de oferit în afara unui anume fel de a privi lucrurile.”

Este bine că această carte este acum disponibilă în format broșat. Ea constituie un potpuriu, „un itinerar conceptual”; dar îmi place exact din acest motiv - și pentru că Erikson este o persoană agreabilă. Personalitatea sa nu are nimic emfatic, în timp ce o modestie naturală face din el persoana potrivită să încerce aplicarea descoperirilor psihanalitice.

¹⁴⁶ Londra: Hogarth Press, 1965. Această recenzie a apărut în *New Society*, 30 septembrie 1965.

Cele patru părți ale cărții trebuie unite în mintea cititorului. Prima reprezintă o expunere a lui Erikson cu privire la o viziune psihanalitică asupra copilăriei – atât problemele clinice, cât și teoria generală a dezvoltării bărbatului sau femeii adulte mature nu dintr-un homunculus, ci dintr-un prunc dependent. Acest prunc dependent este purtat mai departe de procesele maturative înăscute. Partea a doua ar putea lesne constitui punctul de plecare pentru cititorul novice în abordarea de astfel de materiale. Descrierile tiparelor de copilărie în două triburi amerindiene – care întâmplător sunt foarte diferite unul față de celălalt – sunt fascinante, iar tema principală a autorului este cel mai bine ilustrată în această secțiune.

Partea a treia se ocupă de creșterea Eului, iar aici sunt vizibile bazele puse pentru contribuția principală a lui Erikson, un studiu asupra problemelor de identitate (precum în *Young Man Luther*, 1958). Partea a patra – pe care o recomand cititorului drept partea a doua – abordează perioada de tinerețe și evoluția identității. Furnizează o relatare interesantă cu privire la identitatea americană și la legende de copilărie ale lui Hitler și Maxim Gorki.

Principala teză a lui Erikson este aceea că studiul societăților rareori conferă locul cuvenit tiparelor din pruncie și din copilărie: „o pată oarbă a făuritorilor și interpreților de istorie: aceștia ignoră funcția hotărâtoare a copilăriei în cadrul societății”. Orice individ a trecut prin stadiul de prunc și copil și aduce în peisajul social tendințele, angoasele și mecanismele de apărare mintale care aparțin fiecărei ființe umane în creștere. Societățile locale în tiparul lor de atitudine față de cei tineri mobilizează aceste tendințe, angoase și măsuri de apărare mintale în vederea pregătirii copiilor lor nu pentru a deveni simpli adulți, ci adulți în cadrul comunităților lor specifice.

„Numai o identitate puternic ancorată în « patrimoniul » unei identități culturale poate produce un echilibru psihologic funcțional”, iar “frica de pierdere a identității domină o mare parte din motivația noastră irațională; face apel la întregul arsenal de angoasă care rămâne în fiecare individ ca rezultat al trecerii prin copilărie. În cazul acestui tip de urgență, mase de oameni devin gata să caute salvarea în pseudo-identități.” Există un feedback în psihanaliză. Ca analist nu poți simți că declarația lui Erikson de metapsihologie psihanalitică este acceptabilă în toate detaliile. Principalul

este că Erikson ne-a învățat multe, iar felul său special de a aborda problemele individuale și mondiale vor fi citite de mulți oameni care nu studiază în domeniul psihologiei sociale.

59

Virginia Axline

Recenzie la *Terapia prin joc*¹⁴⁷

Nedată; probabil jumătatea anilor 1960

Materialul de față nu este menit publicării. Reprezintă doar notițele luate de mine în timpul lecturii cărții domnișoarei Axline despre terapia infantilă, denumită *Terapia prin joc*. Continuitatea nu va fi o prioritate și vor exista omisiuni consistente.

Un paragraf important pentru a fi citat se găsește la pagina 15. “Terapia non-directivă se bazează pe presupunerea că individul deține nu numai abilitatea de a-și rezolva propriile probleme într-un mod satisfăcător, ci și acel imbold spre creștere care face comportamentul matur satisfăcător față de comportamentul imatur”. Motivul pentru care stăruiesc să comentez această carte și opera domnișoarei Axline este acela că, după părerea mea, metoda și atitudinea ei sunt de genul celor care pot fi comunicate celor potriviți pentru aceasta într-un interval de timp relativ scurt. Nu se ridică nici un fel de întrebare asupra modificării schemei de formare a psihanalizatorilor și teoria psihanalizei trebuie să crească în manieră proprie și trebuie să fie dezvoltată de către psihanalizatori. Totuși, psihanalizatorii au ceva foarte important de pierdut dacă nu se alătură muncii altor psihoterapeuți și, de fapt, vor constata, precum în cazul domnișoarei Axline, că lucrarea despre care citesc acum corespunde îndeaproape analizei modificate pe care trebuie să o efectueze în anumite cazuri dacă vor să ajungă

¹⁴⁷ *Play Therapy: The Inner Dynamics of Childhood* (Boston: Houghton Mifflin, 1947). Comentariul de față este transcrierea unei casete înregistrate. Este neterminat și nu a fost niciodată editat de Winnicott. – EDS.

la un rezultat de orice fel. Un alt lucru este acela că psihanaliza evită problema nevoilor și a presiunilor sociale. Psihanaliștii trebuie să se justifice din punct de vedere social în alte moduri decât prin satisfacerea presiunii sociale și îi pot ajuta pe cei care depun o muncă satisfăcătoare sau chiar de foarte bună calitate acordând sprijin acolo unde recunosc că munca este autentică și depinde de principiile dezvoltării și nevoile infantile. După părerea mea, această lucrare a domnișoarei Axline este una dintre aplicațiile cu adevărat bune ale teoriei psihanalitice și nu sunt descurajat de faptul că probabil domnișoara Axline probabil că n-ar fi dispusă să lege teoria pe care o utilizează de teoria psihanalizei. Nu cunosc răspunsul exact în această privință deocamdată, dar o voi întâlni și vom discuta această problemă. Există, desigur, reticența americană la ideea pregătirii personalului non-medical, idee care trebuie luată în considerare, iar faptul trebuie să aibă drept rezultat inevitabil formarea de grupări psihoterapeutice în cadrul cărora să se desfășoare ceva care nu se numește psihanaliză și care nu prezintă avantajele formării psihanalitice. Cu toate acestea, există mulți oameni capabili să facă această muncă și nu ne putem aștepta ca aceștia să se înece la nesfârșit și pentru totdeauna în regula americană potrivit căreia nici o persoană necalificată, fie bărbat sau femeie, nu poate deprinde psihanaliza ca tehnică. Vine vremea când această regulă începe să fie absurdă. Spun asta, deși nu neg faptul că regula era potrivită în urmă cu douăzeci de ani.

În afirmația din introducere a domnișoarei Axline, la pagina 15, există ceva de o importanță deosebită pentru mine, deoarece se potrivește exact cu un lucru pe care am încercat să-l afirm în prelegerile mele despre psihiatria copilului care se confruntă cu cazuri, cu utilizarea primului interviu și așa mai departe. Iată, de pildă, o astfel de afirmație: „Acest tip de terapie începe în punctul în care se află individul și întemeiază procesul pe configurația prezentă, permițând schimbarea de la un minut la altul pe parcursul contactului terapeutic, în cazul în care aceasta intervine atât de rapid, ritmul depinzând de reorganizarea experiențelor acumulate ale individului, de atitudini, gânduri și sentimente aduse cu sine de cunoaștere, care reprezintă premisa obligatorie a

oricărei terapii de succes.” Nu sunt tocmai sigur de importanța cunoașterii în acest caz, care poate uneori să sufoce întreaga teorie deoarece pot exista cazuri, chiar și în cartea domnișoarei Axline, în care schimbările pot interveni fără cunoaștere. Îmi pare că în stadiul de sugar și în copilăria timpurie, multe se pot întâmpla în absența cunoașterii din partea părinților sau din partea copilului. Aș putea ilustra acest fapt astfel: am mers într-o librărie pentru a cumpăra o carte și vânzătorul m-a luat deoparte, întrebându-mă dacă poate discuta cu mine despre un copil. Un copil de doi ani locuia în casa lui, împreună cu mama copilului. Era vorba despre o fetiță ai cărei foarte tineri părinți se despărțiseră deja, așa încât copila nu-și vedea decât mama. Bărbatul avea la rândul său o fetiță de aceeași vârstă, căreia îi mergea într-adevăr foarte bine. Fetița care stătea în casa lor nu suporta să-l vadă. De câte ori se apropia de ea, aceasta se așeza cu burtica pe podea și începea să țipe. El era într-o mare dilemă: să încerce să se împrietenească cu ea și să devină astfel un tată-substitut sau să accepte pur și simplu situația și să se bucure pentru că, indiferent de situație, copilul avea o reacție deschisă față de absența tatălui, de care el îi amintea de fiecare dată când intra în cameră? În cele din urmă s-a atașat foarte mult de el, dar ulterior a părăsit casa împreună cu mama sa, iar el s-a simțit vinovat cu privire la faptul că, deși nu avusese de ales, se implicase, chiar dacă știa că fetița avea să sufere o altă pierdere. Mi-a spus că această experiență îi furnizase indicii cu privire la ce se întâmpla cu propriul său copil. El și soția sa nu ar fi știut cât de important era pentru fetița lor faptul că ei erau împreună dacă nu ar fi văzut teribilul efect al separării părinților asupra celeilalte fetițe de 2 ani. Cred că dacă nu ar fi trecut prin această experiență, s-ar fi descurcat foarte bine în calitate de părinți și copilul s-ar fi dezvoltat foarte bine, însă fără cunoaștere, iar activitatea lor nu ar fi afectată în sens advers de inexistența oportunităților de cunoaștere. În orice caz, cunoașterea nu a fost dobândită de fata de 2 ani care era fericită în siguranța casei sale. Este puțin probabil ca ea să fi fost destul de mare, la 2 ani, pentru a compara starea celui alt copil de 2 ani cu starea proprie. Cred că în psihoterapie există ceva echivalent, iar într-o frază precum cea pe care am citat-o trebuie să rămână loc pentru îmbunătățirea clinică, care este solidă și permanentă și, în același timp, nelegată de cunoaștere. De asemenea, această afirmație conține elemente esențiale potrivit cărora terapia începe

în punctul în care se află individul și așează procesul pe configurația prezentă. Când terapia non-directivă acordă individului permisiunea de a fi el însuși, terapia acceptă faptul total, fără evaluarea sau presiunea de schimbare. Recunoaște și clarifică atitudinile emoționale exprese printr-o reflecție a ceea ce clientul a exprimat. Aici găsesc o afirmare foarte clară a ceva ce am încercat să exprim în manieră personală prin termenul de oglindă, adică, prin ideea că prima oglindă este chipul mamei și că una dintre funcțiile mamei și ale părinților și a familiei este aceea de a furniza o oglindă, în sens figurat, în care copilul să se poată vedea pe sine. Copilul nu poate utiliza părinții și familia ca pe o oglindă decât dacă există acest principiu al permisivității de a fi ceea ce el sau ea este, să fie el însuși sau ea însăși, cu o acceptare completă, fără evaluare sau presiune spre schimbare.

Diferența majoră dintre tipul de terapie prin joc al domnișoarei Axline și psihanaliză este aceea că terapia încetează brusc după punctul în care terapeutul reflectă copilul așa cum este el de fapt. Cu alte cuvinte, complicația interpretărilor psihanalitice lipsește.

60

Willi Hoffer

*Omagiu cu ocazia celei de-a șaptezecă aniversări a lui Hoffer*¹⁴⁸

Datat 13 iunie 1967

O să încep acest omagiu adus lui Willi Hoffer printr-o descriere a unui caz de-al meu psihiatrie infantilă, trecând apoi la o apreciere a activității lui Hoffer.

Partea I

¹⁴⁸ Publicat în germană în *Psyche* (1967).

La clinica mea am examinat un copil în vârstă de 4 luni și jumătate. A fost adus de mama sa, iar mama tatălui s-a aflat și ea printre cei de față: această bunică aranjase consultația, dar ne lăsase apoi singuri pe mamă, pe copil și pe mine.

Mai aveau un alt copil, mai mare (o fată în vârstă de 3 ani), care fusese alăptată 10 luni și care nu ridicase nici un fel de probleme. La vremea nașterii acestui copil mai mare, mama avusese probleme personale, inclusiv coșmaruri și dificultăți în relația cu propria sa mamă, dar această stare de angoasă a mamei nu afectase stadiul inițial din pruncia fetei. Chiar și atitudinea oarecum insensibilă din partea asistentelor de la maternitate (care împingeau nasul copilei spre sân pentru a o face să înceapă să se hrănească și care, în general, nu tolerau procesele naturale) nu intervenise în relația timpurie a mamei cu fetița.

Înainte de sosirea pe lume a celui de-al doilea copil, mama a adăugat experienței sale personale, prin intermediul lecturii, o anumită capacitate de înțelegere. După nașterea băiețelului, comportamentul ei a fost foarte sensibil, permițând copilului să găsească sânul cu mâinile și, din toate punctele de vedere, începutul a fost satisfăcător. În ciuda acestui fapt, precum și a celui că mama era cu mult mai puțin neliniștită decât la momentul primei nașteri, băiatul a ridicat probleme.

Timp de două luni după naștere totul a mers bine. Apoi (la vârsta de 2 luni), copilul a început să refuze hrănirea seara devreme. Această problemă a trecut, dar după o săptămână a refuzat din nou alăptatul la sân. Mama era în perioada de menstruație, însă copilul a acceptat laptele de la sân pus într-o sticlă, ceea ce înseamnă că nu calitatea laptelui constituia problema. A devenit clar că refuzarea sânului ținea de factori interni puternici: pur și simplu nu se putea apropia de sân. Când se afla în această stare, plângea amarnic când atingea întâmplător sfârcul. Mama a încercat să scurgă lapte din stocul abundent direct în gura micuțului, dar acesta a reacționat “de parcă i s-ar fi dat otravă”.

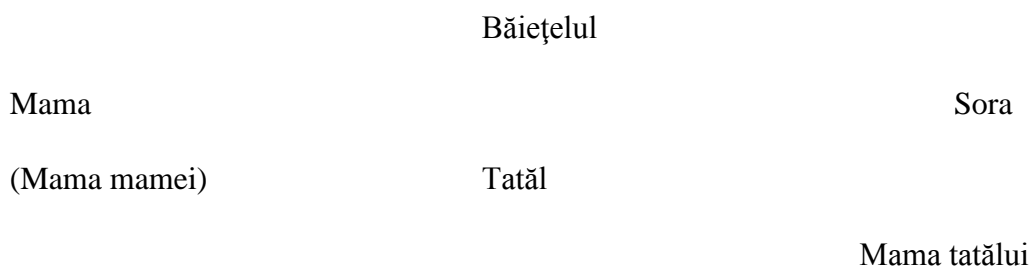
În tot acest timp copilul era destul de bine și liniștit între hrăniri și accepta cu satisfacție biberonul.

Mama a fost necăjită să descopere că bebelușul manifesta aversiune față de sânul ei. Cu toate acestea, a acceptat situația și a făcut demersurile pentru hrănirea regulată din biberon, cu lapte de la sânul ei. A urmat și sfatul de a renunța să anihileze aversiunea copilului față de sân.

La 4 luni și jumătate, când i-am văzut pe mamă și pe copil împreună, am putut să-mi dau seama că acest băiat constituia o persoană, conștient în mod inteligent de ceea ce se întâmpla în jurul lui. Îi plăcea să își privească sora și recent devenise foarte conștient de tatăl său. De fapt, aversiunea față de sân a devenit o caracteristică semnificativă într-o zi de luni nelucrătoare, când tatăl se afla acasă și era pentru prima oară prezent la momentul hrănirii copilului. Relația cu tatăl era pozitivă.

Exista deci o tulburare emoțională a unui sugar sănătos, tulburare care debutase la vârsta de două luni și era destul de bine organizată la cea de 4 luni și jumătate. Oamenii implicați erau:

THRD: A SE ADAUGA SCHEMA CONF CARTE!!



Mi-am notat la momentul respectiv faptul că mama nu putea fi considerată chiar normală. Deși nu se manifesta anxios, era destul de iritabilă, fiind foarte frustrată pentru că vroia să hrănească copilul și să își îndeplinească funcția de mamă. Am presupus că elementul masculin era prezent în cantitate impresionantă în alcătuirea totală a personalității sale, fapt care (în cazul în care era adevărat), avea să complice fantasma funcției de hrănire la sân, precum și atitudinea ei față de acest băiețel, în comparație cu atitudinea față de fetiță.

Exista un detaliu clinic suplimentar de importanță. Mama susținea că simțea că ar fi putut să reușească să hrănească băiatul la sân dacă nu ar fi existat atitudinea atât de specială a surorii

acestui. Sora era deosebit de interesată de frățior, dar nu suportă să-l audă plângând. Imediat ce acesta începea să plângă, fetița striga: Dă-i să mănânce! Dă-i să mănânce! În același timp, cealaltă parte a sentimentelor fetei dovedeau predilecție spre accidente în decursul perioadei de hrănire a fratelui. În mod frecvent, mama trebuia să întrerupă hrănirea la sân pentru a face față unei crize din existența surorii.

Am fost de asemenea informat că existau tulburări acasă (legate de alte rude) care stârneau tensiuni considerabile, pe care mama nu le putea împiedica și față de care tatăl părea să fie absent, sau inconștient de nevoia pe care o simțea față de el soția sa, pentru crearea unei atmosfere calme, pentru ca să își poată îndeplini sarcina cea delicată îndeajuns de bine.

Experiment

Am avut posibilitatea să fac un experiment, aplicând ceea ce știu despre problemele copiilor care suferă de tulburări intense prin faptul că nu sunt capabili să își urmeze instinctul natural de a se apropia de sân și de mamă.

În timp ce mă aflam doar eu împreună cu mama și cu copilul, acesta a trecut printr-una dintre fazele în care orientarea sa față de sânul mamei era negativă și era foarte tulburat. Mi-am plasat mâna între mâna copilului și sân, producând astfel un obstacol. Ca răspuns față de aceasta, copilul și-a pierdut temporar inhibiția și a început să lupte pentru a ajunge la sân. Am repetat experimentul de mai multe ori, de fiecare dată rezultatul fiind același. În cele din urmă, a stat în brațele mamei sale, sugându-și degetul mare de la mâna stângă, ținându-și degetul mare de la mâna dreaptă în mâna stângă, iar mâna dreaptă pe sânul mamei. Mama nu mai avusese un moment atât de liniștit în relația sa cu copilul de mai mult de o săptămână.

Ceea ce am făcut eu a fost, fără îndoială, să plasez în afara copilului elementul de control din mintea bebelușului care altfel obstrucționa impulsul real de a ajunge la sân.

Constat din experiență că acest material clinic limitat poate fi utilizat ca bază pentru o bună discuție teoretică, iar intenția mea nu este aceea de a exploata materialul de față sau de a-i atribui o deducție dogmatică.

Băiatul are acum 9 ani, iar sora lui 12. A urmat cu mine o ședință de terapie atunci când avea 7 ani și o a doua mai recent. Aspectul important constă în aceea că problema sa poate fi formulată astăzi în termenii pe care i-am înregistrat când l-am văzut la vârsta de 4 luni și jumătate.

Partea a II-a

Pe baza a nenumărate experiențe de acest fel, mi-am formulat propriile idei cu privire la teoria dezvoltării emoționale a copilului. Din aceasta se poate deduce cu ușurință că admir valoarea celor două contribuții aduse de Hoffer:

1. „Gura, mâna și integrarea Eului”, *Psycho-Analytic Study of the Child*, vol. 3-4 (Imago, 1949), pp. 49-56.
2. “ Dezvoltarea Eului Fizic, *Psycho-Analytic Study of the Child*, vol. 5 (Imago, 1950), pp. 18-23.

Aici Hoffer utilizează observațiile fin detaliate pe care le-a făcut în asociere cu Anna Freud și ceilalți colegi ai acesteia în Hampstead War Nursery.

Pentru mine e important faptul general că Hoffer utiliza aceste observații ca pe o bază sigură pentru teorie. Dacă observațiile nu se potrivesc cu teoria, atunci teoria trebuie schimbată. De asemenea, cele două articole ale lui Hoffer marchează o schimbare printre acei psihanalisti care au parcurs o fază lungă inițială în care s-a crezut că pruncia poate fi văzută prin analizarea adulților sau a copiilor mici, în timp ce, de fapt, pruncia poate fi văzută în analiză doar prin lentilele distorsionate de apărare organizate la date ulterioare perioadei de pruncie.

Mi se amintește că în anii de după război (Al Doilea Război Mondial) Hoffer a proiectat un film pe care îl făcuse despre un copil care își mușca propria-i gură. Era vorba despre un copil care suferise privațiuni. Pe Hoffer, ca de altfel pe noi toți, îl interesa să descopere ce anume din alcătuirea

sugarilor îi face, atât de rar, să mănânce din ei înșiși, sau chiar să-și rănească degetele cu dinții, deși uneori își distorsionează fălcile și degetele prin suptul neconținut.

La aceste contribuții se poate adăuga acum Prelegerea aniversară Freud a lui Hoffer din anul 1966, intitulată “Observarea sugarului și concepte legate de pruncie” (nepublicată încă)¹⁴⁹.

Iată un pasaj din „Gura, mâna și integrarea Eului”, relevant pentru calitatea atenției pe care o acordă Hoffer detaliului:

„Dacă revenim acum la pruncii de la Hampstead Nurseries, cel mai izbitor fapt din comportamentul lor legat de supt a fost exactitatea și hotărârea cu care, începând cu cea de-a douăsprezecea săptămână, pruncul își apropie degetele de gură și le introduce în gură. Aceasta se poate observa oricând pe parcursul orelor când se află în stare de veghe; desigur, se accentuează înainte și imediat după hrănire. Mâna poate fi introdusă fie pe calea cea mai scurtă, fie prin descrierea unui cerc larg cu brațul, în timp ce cu ochii e posibil să urmărească mișcarea brațului. La vârsta respectivă, am putut rareori observa mișcări viguroase de supt la introducerea mâinii în gură, ceea ce contrasta oarecum cu reacția avută atunci când biberonul era apropiat de gură. Suptul degetului este în principal un supt ritmic, intens și plăcut. Durata pare să fie mai importantă decât intensitatea. Poate înceta pentru o perioadă mai lungă sau mai scurtă, timp în care mâna cu degetele îndoit rămâne pe mandibulă. Faptul indică iritarea gingiilor, cauzată de apariția dinților.

În exemplul următor, luat din același articol, Hoffer descrie într-un mod plăcut ceea ce observă:

„Bertie, un băiat de 16 săptămâni, este un experimentat sugaci de degete care își suspendă degetul inelar în gură îndoind celelalte trei degete și apăsându-le pe buza de sus asemenea unei structuri de susținere, împiedicând mâna să alunece în gură. Nu poate fi trecut cu vederea gradul ridicat de adaptare pe care copilul îl atinge prin eliberarea tensiunii orale. Mâna este cea care se adaptează cu

¹⁴⁹ Publicată, împreună cu celelalte două lucrări menționate mai sus, în Willi Hoffer, *The Early Development and Education of the Child* (London: Hogarth Press, 1981).

mult talent la nevoile zonei bucale, forma acestora și volumul fiind schimbate de la pumn la degetul mic în funcție de nevoia de stimulare. Degetul sau pumnul pot pătrunde puțin sau adânc în gură, pot fi direcționate spre structurile interioare sau exterioare ale gurii. Versatilitatea mâinii în procesul de supt permite originalitatea și elaborarea de numeroase tipare de plăcere individuală. În ceea ce privește structura de susținere a lui Bertie, am de exprimat o rezervă. Bertie a fost alăptat la sân primele șapte săptămâni, pe când se afla încă acasă. Este posibil ca senzația tactilă să fi fost stârnită pe bărbie sau pe buza de sus de mâna mamei, care ținea sfârscul în gura copilului. Poziția degetelor lui în timpul suptului de deget poate fi prin urmare interpretată și ca o reproducere a unei stimulări epidermice resimțite atunci când sugea la sân.”

De asemenea:

„Un alt exemplu de mișcare autodirecționată și originală a fost observată în cazul lui Tom, la vârsta de 16 săptămâni. Nu fusese niciodată hrănit la sân, dar fusese crescut cu biberonul, într-unul dintre cele mai satisfăcătoare moduri cu putință. Filmat în timp ce își sugea degetul mare, a dovedit o capacitate de efort și o străduință neobișnuite pentru un copil de 16 săptămâni. Tom își ținea brațele ușor îndoite în dreptul feței, degetele fiind întinse, iar cele ale mâinii stângi au încercat să prindă degetul drept prin dublă învâluire. În timp ce ambele mâini încercau să se apropie una de cealaltă cu mișcări convulsive, Tom își ținea gura deschisă, făcea un efort de parcă ar fi încercat să ridice capul de pe pernă, iar printre buze inhala aer ca o turbină. După ce a reușit să prindă degetul mare și să-l introducă în gură, mâna stângă a fost poziționată peste gură acoperind-o și împiedicând mâna dreaptă să mai alunece. Sau dacă aluneca, mâna stângă o împingea imediat înapoi, iar degetul mare era împins către vâlul palatin, fapt însoțit de supt intens. Nici o altă formă de lăcomie orală nu s-a observat în cazul lui Tom în legătură cu mâncarea.

Conținutul acestui articol îndreptățește concluzia: „Prin urmare, putem presupune cu destulă siguranță că atunci când intră în cel de-al doilea an copilul și-a construit deja un concept oralo-tactil legat de propriul corp și lumea din jurul său și își reglează prin aceste mijloace nevoile erotice și agresive (active).”

În cel de-al doilea articol la care fac referire, “Dezvoltarea Eului Corp”, Hoffer urmărește ideile stării nediferențiate ca teorie care o înlocuiește pe cea potrivit căreia Eul devine diferențiat de Self. Cum rămâne atunci cu „abilitatea copilului de a distinge între el și lumea din jurul său?”. Această întrebare trebuie comparată cu un studiu asupra „răspunsului la stimuli din interiorul sistemului organic.”

Hoffer reexaminează acest subiect prin utilizarea observațiilor pe care le-a făcut la Hampstead Nursery. El observă rapid că, pentru copil, sentimentul de sine implică două experiențe: ceea ce simte mâna și senzația care este generată prin intermediul mâinii.

El observă o „diferență izbitoare între copiii de până la zece săptămâni în comparație cu cei de doisprezece până la șaisprezece săptămâni.”

„Atunci când simte o ușoară senzație de foame și așteaptă să fie hrănit, un copil în vârstă de patru luni poate afișa anumite activități orale, însoțite de mișcări ale brațelor, capului și mâinilor. Mâinile pot fi ținute într-o poziție asemănătoare poziției fetale, în care mâinile erau cel mai apropiate de gură. În timp ce mâna se mișcă pe deasupra feței gura o poate prinde, după care urmează suptul degetelor. Până la vârsta de câteva săptămâni, pentru sugar nu va conta prea mult dacă toată mâna sau unul ori două degete sunt introduse în gură, dacă i-au fost oferite un biberon sau o bubețică. Comportamentul afișat este (a) excitație motorie, cel mai probabil datorată foamei și influențată de experiențele de hrănire anterioare (căutarea sânului) și (b) încercări de eliberare a excitației prin activitățile gurii, care pot conduce la suptul degetului.

Relativ diferit este comportamentul observat în cazul unui copil de șaisprezece săptămâni. Prea puțin este lăsat pe seama satisfacției întâmplătoare. Pe parcursul stării de așteptare, înainte de hrănire sau după o hrănire reușită, copilul poate insista asupra unei forme definite de satisfacție prin supt și activitatea care conduce la această satisfacție respectă aproape toate criteriile prin care se evaluează funcționarea Eului.”

Iată în cele de mai jos o listă a funcțiilor de integrare a Eului:

1. Activitatea originară de percepere.
2. Controlul motor.
3. Funcționarea memoriei.
4. Testarea realității.
5. Funcția sintetică a Eului.

În acest fel, cititorul este condus de Hoffer spre conceptul complex al Eului din perspectivă clinică. Faptul a impus cu siguranță un standard pentru munca depusă de atunci în diverse părți ale lumii. Pe acest fel de observație strânsă știm că trebuie să ne bazăm ideile în legătură cu perceperea obiectelor, relaționarea cu obiectele, satisfacția senzuală excitată sau neexcitată, exploatarea satisfacției în apărarea împotriva angoasei, începuturile controlului (prin comparație cu omnipotența și chiar cu experiența omnipotenței prin adaptarea cu succes la nevoie) și multe alte aspecte cu o semnificație vitală.

Rezumat

Am oferit un model introductiv de observație clinică. Principalul meu scop va fi fost atins dacă am determinat cititorii să reexamineze cele două contribuții ale lui Hoffer, care vor necesita lectură repetată și care ar trebui studiate îndeaproape de toți cei care încearcă să reformuleze idei în legătură cu stadiile foarte timpurii de structurare a personalității umane.

61

James Strachey

Necrolog¹⁵⁰¹

1969

Când a murit, în aprilie 1967, James Strachey avea 79 de ani. Desigur, prea puțini dintre noi, cei în viață, l-am cunoscut personal și prin urmare nu este ușor de găsit materialul necesar unui comentariu biografic. În momentul în care moartea sa a fost anunțată eram atât de prinși de faptul de a-l fi pierdut, încât nu doream să vorbim sau să scriem despre el. Poate că acum ne-ar face plăcere să începem să ni-l amintim așa cum era.

Strachey era produsul a ceea ce a fost cândva o grupare distinctă din societatea engleză, respectiv Serviciul Civil Indian. Tatăl său fusese Sir Richard Strachey, G. C. F. I., F. R. S. (n. 1817, m. 1908), secretar al guvernatorului Provinciilor Centrale în timpul Revoltei.

Sir Richard și Lady Strachey au avut o familie numeroasă, respectiv doisprezece copii, din câte îmi amintesc eu, dintre care doi au murit. Despre cei zece care au supraviețuit am aflat că s-au grupat de parcă ar fi făcut parte din două generații distincte, James fiind unul dintre cei cinci de vârstă mai mică. Nu cunosc însă nimic despre prima parte a vieții sale.

Când i-a venit timpul, James a mers la Hillboro Preparatory School, unde s-a împrietenit cu Rupert Brooke. Existența acestei prietenii ne oferă indicii cu privire la felul de a fi al copilului Strachey.

În etapa următoare, Strachey a cunoscut succesul. A fost elev extern la St. Paul's School, Londra, și a făcut parte dintre bursieri. Se pare că s-a ridicat la nivelul așteptărilor. De la St Paul's a mers la Trinity, Cambridge, unde sunt convins că preț de trei ani nu a făcut nimic altceva decât să-i întâlnească pe cei mai interesanți colegi și să vorbească despre tot ce i se părea important. Aș fi mirat să descopăr că discuțiile lui erau politice. Singura întrebare era dacă avea să obțină notă de trecere și, din câte am aflat, i s-a acordat o astfel de notă la drept, despre care s-ar putea crede că era cea mai importantă, excluzând, poate, o notă de trecere la istorie, care la Cambridge ar fi putut fi obținută la vremea respectivă printr-o oră de lectură pe zi în timpul trimestrului. E greu de crezut că citea la drept, fie doar și pentru o oră pe zi.

Probabil că după Cambridge nu avea o direcție precisă. Asta se întâmpla chiar înaintea Primului Război Mondial, când sora sa conducea deja Newnham. Primul Război Mondial a început, găsim-l pe James, refractar satisfacerii stagiului militar. Avea o constituție firavă, nu era deloc bătaios și, deși nicidecum efeminat, era delicat și nepotrivit pentru a sta în liniile de luptă. Spre norocul lui, unul dintre frații mai mari era colonel în armata permanentă și l-a sprijinit intens în poziția sa împotriva războiului, astfel încât James a primit permisiunea să lucreze pentru o organizație de quakeri. Aceasta din urmă asigura hrana soțiilor engleze ale civililor germani interni. Alix a lansat părerea că, făcând această muncă, James „s-a convertit oarecum la ideea de valoare a dragostei”, rezultată din contactul său cu cauza quakerilor. Pentru el religia nu se lega de vreo biserică anume! Pentru că vărul său, St Loe Strachey, era editor al ziarului *The Spectator*, lui James i s-au deschis după război multe uși în domeniul jurnalismului, devenind secretarul personal al lui St Loe. A lucrat, de asemenea, pentru *The Nation* (ulterior încorporat în *The New Statesman*). Multe dintre recenziile de carte le-a scris în această perioadă. Alix mi-a descris un James care lăsa totul întotdeauna pentru ultimul moment și a ilustrat faptul printr-un tablou dintr-o vacanță la Lyme Regis. O recenzie trebuia să fie expediată prin poștă. Au mers împreună la oficiul poștal, el scriind recenzia în timp ce mergea pe stradă; lucrul era posibil pentru că era întotdeauna destul de sigur de ce vroia să scrie. Chiar când cutia era pe cale să fie golită, a așternut pe hârtie ultimul cuvânt, a sigilat plicul și l-a pus la poștă.

Au existat voci care au spus că în această perioadă Strachey nu putea stăruia asupra nici unui lucru evident, bâjbâia după ceva, nici el nu știa după ce.

Am aflat că a fost influențat fără doar și poate de un citat din Freud dintr-o carte a lui C. G. S. Meyer. De aici i-a venit ideea să se facă psihanalist. Pe atunci, Ernest Jones recomanda tuturor celor ce alegeau să devină psihanalisti să se califice în domeniul medical, iar Strachey s-a înscris la medicină. După câteva săptămâni de disecat picioare de broască (după cum s-a exprimat Alix), a constatat încă o dată că era lipsit de scop și de direcție. Probabil că este o caracteristică a lui

Strachey faptul că de data aceasta și-a înfruntat dificultatea de ordin personal scriindu-i direct lui Freud.

Spre surprinderea lui, de la Viena s-a întors o scrisoare de invitație, Freud fiind încântat să primească o interpelare din Anglia la așa de scurtă vreme după război. Atunci Strachey s-a căsătorit cu Alix și au plecat împreună la Viena, unde se pare că ceva între psihanaliză și simpla conversație s-a stabilit între el și Freud. Deși e doar un fel de-a zice, la întoarcere a pătruns la parterul edificiului psihanalitic aflat în construcție și a fost acceptat ca psihanalist, datorită contactului său personal cu Freud.

Aș spune că Strachey avea un singur lucru clar în minte, ca rezultat al vizitei la Freud: faptul că un proces se dezvoltă în pacient, iar ceea ce transpare nu poate fi produs, dar poate fi utilizat. Acesta este sentimentul pe care îl am în legătură cu propria mea analiză cu Strachey, iar în activitatea mea am încercat să urmăresc principiul și să accentuez ideea în simplitatea ei clară. Experiența mea în domeniul psihanalizei cu Strachey este cea care m-a făcut suspicios față de descrierile de demersuri interpretative în sfera analizei, care par să crediteze interpretările pentru tot ceea ce se întâmplă, ca și cum procesul prin care trece pacientul s-ar pierde din vedere.

Treptat, Strachey a ajuns să scrie principala sa contribuție psihanalitică, o serie de prelegeri din anul 1933 (*International Journal of Psycho-Analysis*, 1934), prin care formula conceptul de interpretare mutativă. A explicat principiul interpretării economice, interpretării în momentul de urgență, sincronizată cu acuratețe, adunând la un loc materialul prezentat de către pacient și abordând clar o mostră de nevroză de transfer afectiv.

Nu am știut nimic despre omul Strachey până în 1933, desigur, când mi-am încheiat ședințele de psihanaliză, care duraseră zece ani. Am descoperit apoi, treptat, că era aproape tot atât de timid ca și mine. Tânjeam să ajung să-l cunosc, dar am avut întotdeauna senzația teribilă că era extrem de erudit și sofisticat, spre deosebire de mine. Se simțea acasă într-un domeniu pe care eu îl descoperisem prea târziu, având în vedere că nu am avut acces la viața culturală (decât în forma

religiei evanghelice) până în momentul în care am mers la școala publică. Strachey crescuse în acest mediu de viață, în domeniul experienței culturale.

Familiaritatea lui Strachey cu literatura, muzica și baletul m-a umplut de invidie și m-a făcut să mă simt oarecum grobian în compania lui. În paranteză fie spus, Strachey avea, fără îndoială, și o minte foarte bună, fapt ce reprezintă un alt avantaj.

Cred că ceea ce atrăgea atenția la omul acesta timid era firea lui neagresivă, deși nu e cazul să ne închipuim că nu nutrea sentimente agresive și că nu putea să se dovedească încăpățânat. Soția sa îi cunoaște indignarea și chiar accesele de mânie, care adeseori nu erau evidente în momentul de urgență. Deseori se enerva în cadrul unor întâlniri publice și ura felul în care partea comercială a demersurilor de publicare influențau problemele reale, mai ales după retragerea lui Leonard Woolf. Probabil că a simțit că integritatea operelor lui Freud și propriile sale lucrări de traducere și editare ar fi trebuit să aibă în mod automat întâietate asupra chestiunilor comerciale.

Tuturor celor care crezuseră că Strachey nu avea să fie consecvent niciodată, în nici o privință, le era deja destul de clar în anii 30 că acesta găsisse un lucru de care să se ocupe, în afara practicii psihanalizei, un lucru care, într-adevăr, implică perseverență. Devenise extrem de interesat de scrierile lui Freud și îi plăcea să vorbească despre conexiunile care indicau felul în care lucra mintea lui Freud, care puteau fi făcute pentru că Freud își povestea visele și scria foarte multe scrisori. Existau de fapt și erori ale lui Freud, care reflectau sentimentele sau conflictele ce puteau fi urmărite, uneori.

Strachey era extrem de plictisit de toate controversile care duceau la divizarea Societății în jurul personalităților mai mult decât în jurul dificultăților legate de contribuția lui Freud, și care se situau în afara dezvoltării științifice bazate pe psihanaliza clinică. Pentru el, tensiunile și constrângerile politice din cadrul Societății, care nu puteau fi evitate dacă Societatea avea să rămână o unitate, erau absolut irelevante; de fapt, este posibil ca lucrul cel mai important legat de Strachey să fie *onestitatea intelectuală incontestabilă*. Nu este oare adevărat că onestitatea intelectuală este posibilă doar în domeniul care a constituit însăși viața lui Strachey, adică în domeniul experienței culturale?

Onestitatea intelectuală ca mod de existență conduce la rug și aproape că l-a băgat în închisoare pe Strachey, care nu a vrut să-și satisfacă stagiul militar. În termeni mistici și psihedelici, onestitatea intelectuală oferă doar viziuni personale asupra pășării paradisului. Probabil că numai în sfera culturală devine reală integritatea intelectuală, având caracter permanent. Acesta este James Strachey văzut de mine.

Nu am intenția să încerc să fac ceva pentru care în nici un caz nu sunt calificat, respectiv să estimez la momentul de față valoarea operei de căpătâi a lui Strachey, în Standard Edition, dar sugerez că Strachey a plasat operele lui Freud în cadrul literaturii, acolo unde onestitatea intelectuală este comandantul suprem și unde chiar și o greșeală de tipar reprezintă un dezastru.

Ultimii doisprezece ani au fost categoric ani fericiți pentru familia Strachey. Când James și Alix au preluat Lords Wood, pe care mama lui Alix, ea însăși o artistă de valoare (Mary Sargent Florence) o dominase atâta timp prin personalitatea sa puternică, cei doi s-au hotărât să se concentreze asupra acestui subiect imens pe care îl constituie scrierile lui Freud. Casa i-a ajutat, asigurându-le izolarea; Strachey și-a petrecut cea mai mare parte a vieții sale din starea de veghe într-una din camerele spațioase. Tot ce întreprindea era împărtășit lui Alix, a cărei familiaritate cu limba germană a avut o importanță evidentă. Devotamentul lui Strachey l-a îndemnat la un moment dat spre ceea ce nouă ni s-ar părea o problemă secundară, deși trebuie să existe o conexiune între cele două fațete ale devotamentului. În copilărie, James fusese foarte apropiat de fratele său Lytton, care era cu câțiva ani mai mare, iar apropierea dintre ei nu a încetat atunci când Lytton a ales să trăiască în *ménage à trois* cu o prietenă a Alixei (aceasta era o artistă care își spunea Carrington, pentru că nu îi plăcea prenumele pe care îl avea. Alix deține două portrete de-ale lui Lytton, remarcabile prin sensibilitate, pictate în ulei de Carrington). James a trebuit să suporte experiența morții lente a lui Lytton, cauzată de un cancer intestinal greșit diagnosticat.

O biografie a lui Lytton era în pregătire și în decursul celor doisprezece ani de concentrare asupra scrierilor lui Freud, James era în același timp preocupat să pună la punct acele fapte din biografie de care nu era mulțumit. Activitatea în această direcție a fost depusă în timpul “furat” din cel alocat lui

Freud - și probabil că James a făcut eforturi extraordinare din dorința de a termina munca legată atât de Freud cât și de fratele său.

Printre distincțiile care i s-au acordat se numără Premiul Schlegel-Tieck pentru traducere. Eu însumi am ridicat acest premiu, după moartea lui Strachey, în numele doamnei Strachey, în cadrul unei recepții de la Ambasada Germaniei.

Pentru James a însemnat mult faptul că a putut să meargă împreună cu Alix într-o vacanță în Caraibe din drepturile de autor ce i-au revenit pentru munca depusă.

Pentru a încheia această povestire informală despre James Strachey, vreau să menționez că a fost un englez model. Nu a fost un om mare, dar cine poate ști cui va acorda posteritatea acest titlu? A fost însă un om atât de consistent îmbogățit prin ceea ce a acumulat din moștenirea culturală, încât nu a avut nevoie de distracții pentru a fi copleșit de bucuria de a trăi. Cei care și-au împărțit existența cu el au împărțit de asemenea această bogăție care îi venea din prietenii, literatură, artă. El va fi întotdeauna exemplul meu preferat de psihanalist.

62

Anna Freud

Recenzie la *Indicații pentru psihanaliza copilului și alte scrieri*¹⁵¹

1969

Cartea de față este cel de-al optzecilea volum al Bibliotecii Internaționale de Psihanaliză. Primele cincizeci de numere au fost editate de către Ernest Jones; editorul actual este Dl. Masud R. Khan. Deși cartea este lungă (690 de pagini), nu este dificil de citit datorită manierei de prezentare a

¹⁵¹ *Indicații pentru psihanaliza copilului și alte lucrări*, Londra, Hogarth Press 1969. Această recenzie a apărut în *New Society*, 21 august 1969

materialului. Hogarth Press a ajutat cu mult succes cititorul, folosind hârtia și tiparul într-un mod admirabil.

Cartea reprezintă volumul patru al unei serii de șapte cărți care constituie ansamblul operei Annei Freud, în prelegeri și scrieri. Acest volum acoperă perioada 1945-1956, când scrierile doamnei Freud se leagă foarte strâns de activitatea sa clinică și de activitățile de predare și când se afla încă foarte mult sub influența experienței personale de la Hampstead War Nursery.

La lectura unei astfel de cărți nu este necesar să ne punem de acord cu toate detaliile. Cu adevărat important este faptul că ne confruntăm cu un tablou real al evoluției poziției teoretice a unei persoane anume și se poate observa că doamna Freud este constantă, în timp ce crește și își permite să fie influențată de experiența clinică și de scrierile unor colegi precum Ernst Kris și Heinz Hartmann, ale căror lucrări se întrepătrund cu ale ei.

Cartea oferă, de asemenea, o foarte bună oportunitate pentru novici de a privi teoria psihanalitică prin ochii celei care a fost strâns asociată cu Freud în ultima parte a vieții lui, continuând teoria după moartea acestuia, conform principiilor de bază pe care a simțit că le apăraseră Freud. Având în vedere că este de formație profesoară, cred că profesorii vor găsi prezentarea ei agreabilă.

Nu am încetat niciodată să fiu fascinat de detaliile observate la Hampstead New Nursery. Relatările despre experiența sa unică sunt la fel de proaspete ca și în anii 1940, iar studentul are multe de învățat din această lucrare bine documentată. În același fel, un bun material de discuție îl reprezintă și alte lucrări clinice – cum ar fi, de pildă, investigația specială făcută asupra a șase orfani de origine iudeo-germană ai căror părinți au murit în cel mai teribil mod cu putință sub regimul lui Hitler.

La Hampstead War Nurseries, ca și prin întreaga sa activitate la Hampstead, doamna Freud a reușit să păstreze legătura cu observatorii, în timp ce ea însăși a rămas relativ neimplicată cu copiii înșiși. Probabil că această poziție de detașare i-a conferit doamnei Freud libertatea de a utiliza observațiile ca material pentru sprijinirea, corectarea sau dezvoltarea teoriilor tradiționale despre dezvoltarea copilului, teorii care erau, desigur, la origine construite din analiza adulților. Nu pot spune dacă la vremea respectivă doamna Freud manifesta această detașare relativă, pentru că nu există îndoială

că ansamblul acestei munci practice în care un psihanalist s-a angajat pentru a satisface o nevoie socială a însemnat foarte mult pentru ea.

Cei care au cunoscut-o în timpul războiului, când atmosfera era foarte tulbure, au fost uimiți de felul în care reușea să se manifeste ca organizator strălucit, de parcă nu cădeau bombe și nimeni nu se afla în pericol. Fără îndoială, bombele nu sunt atât de periculoase pe cât este obsesia lor, care afectează mintea și amenință integritatea personală, iar doamna Freud face referire la acest fapt într-o notă de subsol: „Ar fi nedrept să dau vina pentru neajunsurile lucrării pe condițiile drastice de război care domneau în Anglia acelei perioade. Din contră, experiența pericolului comun, neliniștea comună și încordarea au creat în rândurile personalului o atmosferă de entuziasm și devotament exclusiv față de interesele care ar fi dificil de reprodus în condiții de pace.”

În mod evident, lectura unei astfel de cărți necesită timp, dar îl pot asigura pe cititor că, în ansamblu, cartea va fi ușor de abordat și că la sfârșit multe lucruri vor fi fost învățate; învățarea se va fi produs în mod corespunzător, urmărind dezvoltarea conceptualizării doamnei Freud, conceptualizare bazată pe viziunea sa personală asupra operei lui Freud și pe libertatea sa de a se lăsa influențată de observație și de gândirea originală a colegilor. Această carte este în egală măsură serioasă, dar și de deconectare. Este plină de observații și de evaluări obiective și este demnă să reprezinte cel de-al optzecilea volum din Biblioteca de Psihanaliză Internațională.

Partea a patra

Despre alte forme de tratament

63

Fizioterapia tulburărilor psihice: terapia prin convulsii

Către sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial, Winnicott devenise foarte implicat în dezbaterile referitoare la utilizarea fizioterapiei pentru pacienții internați în spitalul psihiatric, această metodă fiind tot mai acceptată în practica psihiatrică. Prezentul capitol și următorul conțin majoritatea scrierilor sale pe această temă, împărțite în două secțiuni referitoare la tratamentele care îl preocupau cel mai mult - și anume, terapia prin convulsii și leucotomia.

Prima expresie publică a acestei preocupări apăruse în scrisoarea sa către *Lancet*, din 10 aprilie 1943, și se referea la leucotomia prefrontală. În același an, el scrisese și articolul intitulat: „Tratamentul bolilor mintale prin inducerea convulsiilor”, cu gândul de a-l publica (probabil în *British Journal of Medical Psychology*), deși, în cele din urmă, nu a mai apărut. În 1944, Winnicott pregătise o conferință pe tema terapiei prin șocuri, la Societatea Britanică de Psihanaliză, care a avut loc 15 martie. Au fost citite articole de către Hans Thorner, Helen Sheehan-Dare și Clifford Scott; Winnicott însuși deschisese aceste dezbateri cu *Introducerea* reprodusă în continuare. Articolul intitulat “Tipuri de efecte psihologice ale terapiei prin șocuri”, găsit după moartea lui Winnicott, fusese scris tot pentru aceasta conferință, iar în partea superioară avea precizarea scrisă de mână “Articolul pe care *nu* l-am citit. DWW”.

Primul articol pentru *British Medical Journal*, intitulat “Fizioterapia tulburărilor mintale”, este o sinteză a unei lucrări citite pe 27 noiembrie 1946 în fața Secției Medicale a Societății Psihologice Britanice. Ca și prima scrisoare a lui Winnicott către BMJ (25 decembrie 1943), acest articol

generase o prelungită și, uneori, caustică dezbatere în cadrul rubricii de corespondență a revistei, dovadă a opiniilor rigide ale practicienilor și în special ale psihiatrilor, cu privire la subiectul pe care îl punea în discuție. Ulterior, la începutul anilor 1950, Winnicott și-a orientat activitatea îndeosebi asupra implicațiilor etice ale leucotomiei, iar în 1951 a fost invitat de către profesorul R. M. Titmuss să deschidă o discuție pe această temă la London School of Economics. Această discuție a avut loc pe 13 noiembrie și a fost audiată de profesori și masteranzi în sociologie, psihologie și asistență socială. Winnicott pregătise pentru această ocazie articolul „Însemnări asupra implicațiilor generale ale leucotomiei”.

Scrisorile publice ulterioare ale lui Winnicott redactate pe aceste teme, dar nereproduse aici, pot fi găsite în *British Medical Journal*, numerele din 22 decembrie 1945, 13 decembrie 1947 și 25 august 1951; în *Lancet*, numărul din 18 august 1951, și în *Spectator*, numărul din 12 februarie 1954.

Editorii

I. Tratatamentul bolilor mintale prin inducerea convulsiilor

Datat iulie 1943

Problemele care apar referitor la tratamentul bolilor mintale prin convulsii sunt de trei tipuri, pe care le voi exprima în continuare sub forma de întrebări.

A. Ce semnificație are pentru pacient *ideea* de a i se fi administrat convulsii sau de a avea o convulsie? (Desigur că nu urmăresc doar răspunsul conștient al pacientului, cu toate că și acesta poate fi util.)

B. Ce se întâmplă în mod incontrolabil în interiorul pacientului, ce înseamnă convulsia propriu-zisă pentru pacient? (Aici mă refer la inconștientul pacientului.)

C. Care sunt efectele fizice ale unei convulsii asupra creierului? (Presupunând că sunt considerate nesemnificative, cum poate fi vindecat pacientul fără efecte secundare? Oricum, răspunsul la această prima întrebare îl interesează în mai mică măsură pe psiholog, pentru că o

convulsie produce efecte similare la pacienți, fie că ei suferă de depresie, schizofrenie sau nevroză. În consecință, această metodă terapeutică apare ca o încercare de obținere a efectelor fizice, fără a se ține cont de varietatea bolilor psihice, comparabilă cu “alternativele” oferite de medicina medievală pentru tratarea acestor afecțiuni.)

Acest articol încearcă să răspundă la prima dintre cele trei întrebări.

Care este stadiul în care ne aflăm? Starea unui mare număr de bărbați și femei a fost ameliorată cu ajutorul terapiei prin convulsii, astfel că, în loc să fie cazuri cronice într-un azil, au devenit mai mult sau mai puțin independenți întorcându-se acasă și la profesia lor. Unii dintre acești pacienți, care nu puteau să se recupereze spontan, au putut fi vindecați provocându-li-se convulsii, sau, cel puțin au fost readuși la stadiul anterior prăbușirii. În plus, azilurile fiind peste tot supraaglomerate, orice metodă care ajută pacienții să fie externați este apreciată de stat.

Deși încă nu s-a dovedit că aceste convulsii sunt inofensive pentru creier, cred cu convingere contrariul, pentru că, în cele din urmă, ele afectează musculatura (nu direct creierul) și probabil că doar componenta congestivă are efecte asupra sensibilului țesut cerebral. Oricum, este mai simplu să ne bazăm discuția pe presupunerea că ele nu au efecte fizice, deși acest lucru este discutabil.

Doar dacă nu am omis ceva din literatura vastă, nici un cercetător din acest domeniu nu a explicat satisfăcător modul cum acționează terapeutic convulsiile și nu a fost preocupat să semnaleze această lipsă de cunoaștere, ceea ce ar face metoda mai puțin neștiințifică (ca să mă exprim astfel), chiar dacă ea este realizată în mod remarcabil de o echipă a cărei pregătire și talent nu pot fi puse la îndoială. Cred că pot presupune că orice informație nouă ce poate fi adusă în acest sens va fi bine primită - și de aceea scriu acest articol, cu toate că nu aplic respectiva terapie.

Întrebarea care se pune este: ”Cum acționează și ce semnificație au convulsiile pentru pacient?”

Având o serie de dovezi în acest sens, aș dori să le prezint. Ele provin din practica mea psihanalitică, care este tipul de cercetare cel mai adecvat să furnizeze informații pentru problema respectivă.

Psihanaliza permite pacientului și analistului să meargă în profunzimile lucrurilor, sau cel puțin până acolo unde poate pacientul să meargă. În realitate, atât de multe detalii devin inteligibile în timpul unei analize, încât este cu adevărat dificil de redat ce se întâmplă, pentru aceia care nu au trăit personal această experiență. În plus, prezentând un caz, este dificil să-l redai astfel încât nimic să nu dezvăluie identitatea pacientului și, din acest motiv, nu pot descrie în totalitate cazul care ilustrează clar pentru mine semnificația tratamentului prin convulsii, cel puțin pentru un anumit pacient. Efortul depus în acest caz a fost considerabil. Analiza a durat un an (durata scurtă fiind insuficientă pentru un tratament complet), timp în care am văzut pacienta în spitalul psihiatric, de cinci ori pe săptămână, câte o oră.

Pacienta era o fată de 25 de ani, inteligentă și provenind dintr-o familie cu o educație superioară. O perioadă din viață fusese implicată în politică, iar întreruperea războiului agravase problemele ei, datorită reducerii ariei preocupărilor.

Pentru oamenii obișnuiți, războiul aduce cu sine o simplificare și, de aceea, o eliberare. Dar pe această pacientă a făcut-o mai puțin capabilă să-și ascundă propria personalitate scindată, neavând altă soluție decât să fie nebună. A fost primită într-un spital psihiatric, într-o stare de confuzie acută și diagnosticată (cred că pe bună dreptate) ca schizofrenă.

Deși în diverse instituții i s-a făcut tratament cu insulină și ulterior i-au fost provocate convulsii prin folosirea cardiazolului, în cazul ei nu a apărut nici un rezultat pozitiv. Se întâmplă în astfel de cazuri ca pacientul, deși conștient e ostil tot timpul psihanalizei, să coopereze deplin cu mine, răspunzând foarte bine la tratament. Personalitatea ei s-a schimbat în sensul normalității, ca urmare a analizei și, la sfârșitul acestui an, ea a putut să nu mai fie considerată schizofrenă și să fie externată. Din acel moment, și-a reluat munca de secretară în sfera politică, într-un mod satisfăcător. Deși nu susțin ca în acest caz ar fi vorba de o vindecare, sunt convins că un terapeut care utilizează convulsiile ar fi încântat cu un astfel de rezultat¹⁵².

¹⁵² Încetarea analizei s-a datorat în principal sfatului unui binecunoscut psihanalist, care a spus: "Psihanaliza nu ajută în astfel de cazuri; așadar, deși pare să fi ajutat în acest caz, nu sfătuiesc să fie continuată." D.W.W.

Pe parcursul acestei analize, care întâmplător ilustrează complexitatea ridicată a acestei munci de cercetare, am putut observa câteva dintre semnificațiile convulsiilor și a acestei terapii pentru ea. Cazul ar putea fi dificil de descris în mod inteligibil pentru cineva care nu este psihanalist și, din acest motiv, voi prezenta însemnările mele asupra ședințelor prin înregistrarea observațiilor indirecte. Înțelegerea acestor însemnări va constitui o bază pentru o înțelegere extinsă a subiectului.

Fetei i se ceruse permisiunea pentru a i se terapia prin convulsii. În analiză, a devenit clar că acordul său exprimă dorințe suicidare. Înțelesese tratamentul ca pe ceva care o făcea să uite. Se pare că un medic chiar îi explicase astfel procedura, sau, în orice caz, ea ar fi putut să o înțeleagă în acest mod. Scopul tratamentului era să distrugă o parte a psihicului său (prin distrugerea unei părți a creierului) și, *din acest motiv*, și-a dat acordul. Tot *din aceste considerente* ea a împiedicat apariția oricărui efect (bun sau rău), neputând accepta că acordul ei era expresia dorințelor suicidare.

Această pacientă avea o mare considerație pentru psihic și creier, pe care o voi explica, acestea fiind pentru ea partea esențială a personalității, fără de care viața nu are sens. Să gândească fusese întotdeauna mai important decât experiența concretă sau exercițiul fizic și, de aceea, avea o pregătire universitară înaltă. Din păcate, aș spune că nivelul său intelectual nu era peste medie, și de fapt ea supraestima psihicul tatălui său, pe care, inconștient, îl „îngrijea” în propriul psihic.

Trebuie să spun aici că tatăl murise înaintea nașterii ei. Singurul mod în care ea îl cunoscuse era prin scrierile lui, cărora ea le acorda o mare importanță. Mîntea acestui tată a cunoscut-o, a iubit-o și a încorporat-o, iar tatăl idealizat pe care nu fusese niciodată mînioasă trăia în propriul ei psihic.

Undeva în ea exista cu siguranță și ura pentru el, de care nu era conștientă, exprimată prin teama sau prin convingerea fermă că cineva îi va distruge creierul sau o parte din el (de fapt pe tatăl din ea).

În boala sa, ea se lupta cu nevoia acută de a fi cea mai inteligentă persoană (de exemplu, în planuri politice de prevenire a războiului) și rămânea nedumerită la descoperirea propriei incapacități de a realiza ce-și propunea, a tendinței de a ”pierde trenul”, ca adolescentă sau ca tânără femeie. Trebuia

să facă față tot mai greu urii pentru tatăl său, faptului că el murise înainte ca ea să-l cunoască și că nu moștenise de la el o minte îndeajuns de bună, care să-i permită să rezolve problemele lumii ca și cum ar fi avut o putere magică.

În această stare de confuzie, a consultat un psihiatru, ea conștientizând teama că oamenii complotau ca să-i distrugă mintea (adică partea prin care simțea că se identifica cu tatăl).

A dorit să se sinucidă (când a acceptat tratamentul prin convulsii), dar dragostea pentru tatăl idealizat a făcut-o să reușească să-l protejeze cu succes de propriile-i atacuri distructive.

În acest moment, i s-a cerut acordul pentru terapie, pe care l-a dat, văzând ulterior că nu o poate ajuta, iar singurul rezultat pe care și-l imagina în urma tratamentului fiind demența, ca depresie severă datorată morții tatălui din ea, care ar fi fost în responsabilitatea ei.

Din cele de mai sus, putem vedea că atunci când i se cere unui pacient acordul pentru o astfel de terapie, este întotdeauna posibil să obținem un răspuns afirmativ, dar există mari șanse să exprime astfel un act suicidal. Trebuie precizat că un medic inteligent, dacă ar înțelege acțiunea sa în fiecare caz în parte, ar trebui să înțeleagă și faptul că îi oferă pacientului posibilitatea să se sinucidă, posibilitatea unei tentative suicidare nereușite. Este bine cunoscut că tentativele suicidare dorite de pacient, dar nereușite, pot avea un efect benefic, chiar curativ, iar tratamentul prin convulsii ar putea, eventual, să fie folosit în acest sens. Dar acest lucru nu se întâmplă, ci el tinde să fie folosit brutal și imprecis, fără o bază teoretică.

Pacienta despre care v-am vorbit avea tendința de a privi toate psihoterapiile ca pe un atac asupra psihicului său, iar opoziția conștientă la psihanaliză avea aceeași bază, o expresie a delirului că oamenii complotau pentru a o face incapabilă să-și amintească. Faptul că tratamentul analitic o ajuta să-și amintească experiențe foarte importante din copilărie care fuseseră reprimare, nu avea nici un efect asupra delirului său, ce trebuia luat ca atare, analizat și nu criticat. Psihiatrul care într-un final o sfătuiuse să renunțe la analiză (pe când nu mai era diagnosticată ca schizofrenă) i-a confirmat această fantasmă, și anume că și psihanaliza face parte din complotul pentru distrugerea minții bune

pe care ea credea că a moștenit-o de la tatăl ei, și de aceea mintea trebuia protejată și de ura față de tată, ură despre care nu știa nimic înainte de începerea analizei.

Nu am amintit, încă, multe lucruri. De exemplu, despre iubirea profundă a fetei pentru mamă, descoperită după ce aflate că o ura de fapt mai intens decât credea și că suferise de pe urma depresiei acesteia, reprimându-și ura față de tatăl ce murise înainte de nașterea ei. Oare rivalitatea dintre mamă și fiică nu aflate o modalitate mai bună de a se exprima decât prin depresiile lor, construite în jurul tatălui (soțului) mort? Pacientei nu i se dăduse niciodată voie să-și conștientizeze (și astfel să-și accepte) propria depresie, acesta fiind un privilegiu al mamei. Cu mine, ea a devenit deprimată, găsim această nouă experiență extrem de importantă și de utilă. A putut să devină deprimată pentru că descoperise că analistul său, spre deosebire de mamă, îi putea tolera starea aceasta. Mama ar fi înveselit-o, producându-i o falsă fericire, răsfațând-o zilnic și ar fi trăit aceasta depresie ea însăși pe față.

Ideea esențială este că aproape orice terapie brutală (iar terapia prin convulsii, de asemenea) tinde să fie resimțită ca un atac asupra a ceva interior pacientului, în legătură cu care acesta are trăiri confuze și conflictuale de iubire profundă amestecată cu o ură la fel de intensă. Acest fapt devine cu atât mai important în cazul unui pacient cu deliruri paranoide. Obiectul bun internalizat este mort, de unde o imperioasă nevoie de a-l ajuta să-l scoată afară, iar dacă acesta e viu, atunci mai bine lasă un doctor să-l atace, administrându-i convulsii sau extirpându-i din creier. Intolerabil, pentru acești pacienți este să descopere că ceva este urât și iubit simultan.

Tratamentul prin convulsii, deși e poate greu de crezut, are o mare semnificație pentru pacient și, de asemenea, pentru o persoană normală, dacă i-am propune acest lucru „cu scop profilactic”. Faptul că persoanele sănătoase nu ar consimți să-l experimenteze este un alt prilej pentru a spune că persoanele normale, prin opoziție cu sinucigașii, doresc să păstreze obiectele importante din ei, din interior.

E foarte important ca aceste considerații psihologice să fie înțelese și recunoscute ca adevărate. Nu numai că dăunează acestei profesii faptul că psihiatrii nu cunosc (deși ar trebui) aprofundat această

metodă terapeutică, înainte de a o administra, dar, pe lângă asta, o utilizează pentru toate tipurile de boli psihice, ceea ce echivalează cu o ”împuşcătură la întâmplare”, şi încă într-o manieră atât de brutală. O altă consecinţă este legată de reactivarea convingerii învechite, dar puternice, că nebunia este o boală a fiziologiei creierului.

În spiritul celor spuse trebuie să acceptăm, în 1940, ca adevărat faptul că tulburările psihice sunt în mod esenţial independente de bolile ţesutului cerebral şi că reprezintă tulburări ale dezvoltării emoţionale. Iar faptul că există o legătură între tulburările psihice şi îmbolnăvirea creierului sau a altor organe nu poate contrazice această axiomă. Următorul pas constă întotdeauna în găsirea de noi tratamente orientate asupra ţesutului şi fiziologiei creierului, iar chirurgii îşi demonstrează în prezent originalitatea prin leucotomia prefrontală. Cu toate acestea, nu suntem încă impresionaţi, pentru că nimeni nu a publicat o cercetare adecvată despre ce înseamnă pentru pacient operaţia asupra ţesutului cerebral. Oamenii nebuni au adesea nevoie, ca soluţie pentru suferinţa lor, de cineva care să le înlăture creierul, împreună cu inima, plămânii şi alte organe, ca locuri în care se află obiectele internalizate şi lipsite de viaţă, cândva iubite şi cărora nu le pot face doliul, în prezent. Aceste dorinţe şi cereri ale acestor bolnavi sunt mai uşor de scuzat decât noile metode ale terapeuţilor dedicaţi.

Îmi dau seama că această cercetare restrânsă este o picătură într-un ocean. Dar poate că ea indică nevoia de a extinde cercetările în această direcţie şi semnalează tipul de cercetări de care este nevoie. Deşi se referă la un singur pacient, concluziile mele se bazează pe aproximativ două sute de ore de efort susţinut şi de experienţă acumulată cu alţi pacienţi, chiar dacă aceştia nu au trecut printr-un astfel de tratament înaintea analizei. Ele ar putea, de asemenea, să fie utile pentru lucrul cu pacienţii schizofreni (indiferent dacă li s-a administrat insulină sau tratament prin convulsii) în colaborare, desigur, cu psihiatrii ce nu sunt ostili psihanalizei. Analiza a constatat în aplicarea teoriei şi a tehnicii inventate de Freud şi dezvoltate de continuatorii lui, în special de către Melanie Klein. De asemenea, o contribuţie însemnată au avut-o numeroasele discuţii purtate cu Clifford Scott.

II. Tratamentul prin șocuri al tulburărilor mintale

Scrisoare adresată editorului de la British Medical Journal, 25 decembrie 1943

Domnule, în opinia mea, cursul firesc al evoluției medicinei a fost întrerupt și chiar a înregistrat un regres din cauza inducerii convulsiilor, ca o cale mai simplă către terapie și un mod minunat de a face psihiatrie, fără a ști ceva despre natura umană. Îi invit pe practicienii generaliști să declare limpede dacă sunt de acord cu acest tratament, cu caracteristici ce amintesc de una dintre cele mai violente încercări de exorcizare a spiritelor rele din oameni.

În prezent, nu pot înțelege cum ar putea fi acceptată vreodată această modalitate de tratament, când există dovezi numeroase că, atunci când un adult este de acord să-i fie aplicată, o face dintr-un impuls asemănător cu cel suicidar. Ceea ce-l face pe un om să dorească să-și facă rău, îl face de asemenea să permită și chiar să ceară un tratament prin șocuri. Etica utilizării unui astfel de impuls suicidar este îndoielnică. Trebuie reamintit că tratamentul cu siguranță nu este aplicat doar în cazurile lipsite de speranță, fiind utilizat pentru toate tipurile de boli psihologice. Personal, nu aș recomanda niciodată această terapie prin șocuri, pentru că pur și simplu nu văd nici o cale de a demonstra că este inofensivă.

Totodată, cred că profesioniștii în ansamblul lor se pot opune într-un mod adecvat utilizării lui încă de la început, ceea ce ar deschide o cale către adevărata înțelegere a naturii umane chiar în momentul în care suntem pe punctul de a îmbogăți considerabil practica noastră medicală, prin asimilarea descoperirilor recente din psihologie.

Aș merge chiar mai departe spunând că, planificând demersul, dacă dorim să menținem o evoluție ascendentă a practicii medicale, trebuie să luăm în considerare factorii inconștienți. Un exemplu în acest sens este ostilitatea inconștientă a medicului față de bolnavii care nu răspund adecvat la demersul său terapeutic. În opinia mea, terapia prin șocuri este prea brutală pentru a o utiliza, fiind totodată siguri că, inconștient, nu dorim răul pacientului. Psihiatrii știu probabil foarte bine ce înseamnă să obții satisfacție la administrarea tratamentului și cum e să înfrunți criticile și chiar de

ostilitatea trezită de practica lor, critici pe care le vom vedea, mai devreme sau mai târziu, în articole scrise de cei fără o legătură cu domeniul. (Correspondentul dumneavoastră, Dr Martin Cuthbert, mi-a atras atenția spre un anumit tip de reacție publică.)

Această scrisoare se dorește o invitație pentru profesioniști în general de a discuta acest subiect, care, prin prisma implicațiilor sale etice, nu poate fi tratat ca unul exclusiv psihiatric sau științific. De asemenea aș dori foarte mult să știu câți sunt cei care vad lucrurile ca mine - și anume prin prisma faptului că nimeni nu poate fi îndreptățit să aprobe administrarea convulsiilor la un copil.

D. W. Winnicott

III. Terapia prin șocuri

Scrisoare adresată editorului de la British Medical Journal, 12 februarie 1944

V-aș fi recunoscător, domnule, dacă mi-ați permite să răspund scrisorilor care au urmat celei scrise de mine în data de 25 decembrie. Multe dintre acestea au fost redactate de psihiatri, ceea ce m-a dezamăgit, din moment ce scopul meu era să responsabilizez lumea medicală în ansamblul ei. Medicul generalist este probabil prea ocupat în prezent, chiar și pentru a citi scrisori, dar eu tot cred că opinia lui ca specialist practician ar trebui să fie în mod constant cerută, cel puțin din considerentul că viața lui se desfășoară între pacienții pe care îi tratează, între eșecuri terapeutice, și succesele pe care le obține.

Sunt foarte conștient că un anumit număr de psihiatri care studiază natura umană folosesc variate tipuri de terapie prin șocuri ca pe o completare la psihoterapie. Aceștia nu au nici un motiv pentru a se teme de o scrisoare adresată presei medicale. Ei trebuie să-și continue activitatea, reținând, modificând sau renunțând la anumite practici, în funcție de observațiile atente asupra efectelor. La polul opus stă o idee care ia amploare, respectiv că tratamentul prin șocuri (administrat sub o formă sau alta) este soluția pentru tulburările mintale și că acesta ar putea fi conceput și administrat

așa cum se procedează cu chimioterapia în cazul septicemiei. Nu va fi posibil să se inventeze vreodată un tratament pentru tulburările mintale care să fie corect aplicat de altcineva decât un cercetător al naturii umane. Scrisoarea mea avea o oarecare însemnătate, în măsura în care ar fi produs în rândul celor cărora le era adresată o fermă luare de poziție, în sensul de a considera că terapia prin șocuri (indiferent de tipul ei) nu reprezintă un tratament în sine. Trebuie să precizez că opinia exprimată de mine (în cadrul scrisorii către B. M. J.) că terapia prin șocuri (chiar dacă poate fi utilă, când este realizată adecvat) reprezintă un serios regres al psihiatriei, este una personală - și este pur și simplu corect față de colegii mei psihanaliști să clarific acest lucru. Poate că unii dintre cei ale căror scrisori au fost publicate presupuneau că aveam în minte psihanaliza ca alternativă la terapia prin șocuri. De fapt nu am spus asta, deși este adevărat că m-am format în psihanaliză. Alternativa evocată de mine constă într-un bun management, în general, și în personal calificat (medici și asistente), care să poată tolera eșecul terapeutic. Acesta este un lucru extrem de dificil de realizat în cazul pacienților irecuperabili, dar la fiecare caz lipsit de speranță sunt sute, sau chiar mii de cazuri pentru care speranța există și pentru acestea trebuie să adaptăm practica psihiatrică. Cele ce urmează s-ar putea să-i surprindă pe unii psihiatri care lucrează în spital, dar medicii generaliști mă vor înțelege. Când știința medicală va putea să controleze fiziologia unor boli obișnuite, cum ar fi: gripa, reumatismul și hipertensiunea, vor crește numeric depresia severă, paranoia și hipomania cronică. Acestea vor ajunge la fel de comune ca și simpla răceală, reumatismul și hipertensiunea și vor trebui să fie vindecate prin tratament și printr-o îngrijire similară.

Unul dintre lucrurile cu adevărat folositoare pe care le-am învățat de la psihiatri este că fazele depresive tind să se vindece treptat, dar numai printr-o bună toleranță din partea celor care-l îngrijesc pe pacient, iar personalul trebuie să aibă grijă ca acesta să nu se sinucidă (premeditat sau nu). Freud a făcut aceste teorii inteligibile, prin sublinierea relației dintre melancolie și doliul normal, care durează o anumită perioadă, după care este posibilă recuperarea. Dacă psihiatrii doresc cu adevărat să ajute, ei pot face (cu câteva excepții) cu mult mai mult decât în prezent prin preocuparea pentru terapia ocupațională. Poate că termenul de “terapie ocupațională” nu este

potrivit, deoarece amintește de proverbul cu „mâinile leneșe”, un termen mai potrivit fiind forma specializată de asistență vocațională, care să redea locul realității subiective ca fiind coexistentă cu relațiile pacientului cu lumea externă. Aș fi mulțumit să las cercetările despre semnificațiile terapiei prin șocuri să-și urmeze cursul firesc, dacă o comunicare pe care am primit-o, cu privire la planificarea de după război, nu m-ar determina să pun în discuție aceste lucruri. Prin comunicarea respectivă, mi se aducea la cunoștință că va fi înființată o instituție psihiatrică pentru tratarea bolilor psihiatrice ale copilăriei și, în cadrul acesteia, copiilor psihotici le va fi aplicată terapia prin șocuri. Prietenul meu, dr. Rogerson, se înșeală grav gândind că psihozele în copilărie sunt rare, în opinia mea ele fiind des întâlnite. Felul în care se manifestă la copii schizofrenia, paranoia, depresia și hipomania este un aspect care nu constituie scopul acestei scrisori. Ceea ce ne interesează este că marea majoritate a cazurilor se recuperează în mod spontan, printr-o bună gestionare, sau, oricum, reușind să găsească un mod de viață care se potrivește tipului de personalitate. Aceia care folosesc terapia prin șocuri pentru a trata adulții recunosc că nu au nici o idee despre cum funcționează aceasta. Sperăm ca, mobilizând opinia medicală în general, să facem imposibila aplicarea în Anglia a acestor cercetări pe copii.

D. W. Winnicott

IV. Introducere la Simpozionul despre Contribuția psihanalizei la teoria terapiei prin șocuri

Citită în fața Societății Psihanalitice Britanice, 15 martie 1944

Pe 7 octombrie, această Societate a dedicat o seară subiectului terapiei prin șocuri, lucrarea fiind citită de dr. Freudenberg și ilustrată printr-un film. Personal, nu am putut participa, datorită unei probleme de sănătate. Cred că o reacție a Societății în ansamblul ei față de acest subiect nu s-a înregistrat la acea întâlnire. E de înțeles, din moment ce este un subiect complex, iar mulți dintre cei prezenți nu se gândiseră prea mult la el înainte de a asculta contribuția valoroasă a dr. Freudenberg.

Nici acum nu putem fi siguri că toți membrii Societății sunt conștienți de măsura în care este aplicată această metodă de tratament, care include în prezent administrarea convulsiilor induse de curentul electric pacienților tratați ambulatoriu într-o clinică sau în altă instituție spitalicească londoneză.

În *International Journal of Psycho-Analysis*, anul trecut (1943), dr. Cyril Wilson a publicat articolul intitulat „O opinie personală asupra terapiei prin șocuri”. Este clar că acest articol este cunoscut, de vreme ce dr. Wilson nu-l citește astăzi aici. În respectivul articol este deschisă discuția referitoare la aspectele psihologice ale terapiei prin șocuri, drept care, în cadrul acestui simpozion, intenția mea este să dezvolt subiectul din perspectivă psihanalitică. Voi considera simpozionul un succes, dacă va încuraja Societatea ca, prin Secretariatul Științific, să inițieze un grup de cercetare cu scopul de a strânge laolaltă informațiile prețioase din experiențele individuale ale psihanalistilor care au lucrat cu pacienți ce au fost supuși terapiei prin șocuri. Experiența psihanalitică este mult mai profundă decât cea din oricare altă terapie și de aceea am putea spune că, analizând câțiva pacienți care au trecut printr-una dintre formele variate de tratament pe bază de șocuri, avem o înțelegere globală a acestei probleme, mai valoroasă decât cea pe care o au psihiatrii care aplică tratamentul la numeroși pacienți.

Unii membri nu au dorit să-și exprime opinia, întrucât nu au administrat sau nu au asistat la terapii prin șocuri. Precizez că nu este nevoie de această diferențiere. Dacă am analizat un singur pacient care a trecut prin această experiență, nu trebuie să pierdem ocazia să împărtășim materialul prețios obținut pe această cale. Și, de asemenea, trebuie să spun că fiecare analist îi poate ajuta pe acești pacienți. Analistul va ajunge la o cunoaștere atât de intimă a pacienților săi, încât va putea intui semnificația pe care o are pentru fiecare dintre ei să treacă prin experiența terapiei prin șocuri. Ar trebui să fie normal ca psihiatrul care tratează pacienți în acest mod să colaboreze în prealabil cu psihanalistul cu privire la rezultatele așteptate. Această colaborare se încadrează în studiul aspectelor psihologice ale terapiei fizice aplicată bolnavilor psihici, ca obiect de cercetare al Societății Psihanalitice Britanice. Ca analiști, ar trebui să fim interesați în a ajuta psihiatrii să

înțelegă de ce obțin rezultate satisfăcătoare și să le facem cunoscute limitele și pericolele metodei. Ar trebui să-i putem ajuta din punct de vedere teoretic, precum și în alegerea cazurilor și a unei forme de administrare a șocurilor, mai degrabă decât a alteia. Putem face acest lucru datorită convingerii în existența inconștientului și, la fel de mult, ca urmare a cunoștințelor privind structura personalității, cărora le acordăm o atenție specială. Nu trebuie să așteptăm să ni se ceară ajutorul, întrucât este posibil ca explicațiile actuale asupra consecințelor terapiei pe baze fizice să fie eronate și doar psihanaliștii să le poată corecta. Explicația fiziologică nu este suficientă, nu elimină nevoia unei cunoașteri complete a mecanismelor psihologice.

În cadrul acestei discuții, poate că ar fi înțelept să presupunem că tratamentul nu produce leziuni cerebrale. Nimeni nu poate fi sigur de asta, dar e puțin probabil că noi, cei prezenți, să aducem dovezi în sens contrar. Cu toate astea, dacă presupunem acest lucru, s-ar putea înțelege că totodată credem că nu apar deloc modificări la nivelul creierului, nici măcar pozitive. Cu siguranță, există schimbări electrice și chimice de scurtă durată, produse de stimul, dar este greu de crezut că aceste schimbări fiziologice pozitive pot să apară printr-o metodă atât de brutală.

Trebuie să le reamintesc celor prezenți că există medici care folosesc acest tratament tocmai pentru că sunt convinși că afectează creierul și că astfel este împiedicată rememorarea unor lucruri supărătoare pentru pacient. În această direcție, următorul pas îl constituie operația de leucotomie prefrontală, prin care, de fapt, se întrerup conexiunile neuronale dintre lobii prefrontali.

Cred că nu este aici locul pentru a discuta considerațiile etice, pe care le-am prezentat într-o scrisoare adresată către *British Medical Journal*, deoarece în cadrul Societății ne preocupă aspectele științifice ale problemei și presupunem că, dacă le arătăm practicienilor efectele negative, ei vor renunța automat să mai utilizeze tratamentul. Nu mă îndoiesc de integritatea oricărui psihiatru care practică această terapie, dar îmi rezerv dreptul de a înțelege motivațiile care-l animă, așa cum întotdeauna, ca analiști, ne punem întrebări asupra propriilor noastre motivații. Într-o dezbatere științifică, nu ar fi folositor să ne oprim asupra considerațiilor etice, cel puțin până când nu a fost realizat un progres considerabil al teoriei. Oricum, în practica psihiatrică, așa cum m-am referit în

scrisoarea către B. M. J, considerațiilor etice trebuie să li se acorde importanță încă de la început. Câteva aspecte importante pentru o discuție științifică au reieșit din această corespondență. Unul se referă la faptul că nu s-a emis pretenția că cineva înțelege cum funcționează tratamentul, ceea ce înseamnă că nimeni nu va fi lezat că avem propriile teorii.

Din această corespondență și din experiența de la o întâlnire recentă a Societății Medico-Psychologice reiese că sunt administrate anual mii de tratamente. Presupunerea că ele fac pacienții accesibili psihoterapiei ar trebui privită ca adevărată doar în anumite privințe, în condițiile în care practicienii acestei terapii declară un număr mult prea mare de cazuri, fiind greu de crezut că s-a realizat o creștere a accesibilității pentru toți acești pacienți. Pe de altă parte, am dovezi că unii psihiatri folosesc șocurile doar în asociere cu psihoterapia, iar pe aceștia îi situez într-o altă categorie.

Înțeleg că în prezent se acceptă indicarea acestei terapii cu precădere în melancolia de involuție și în fazele depresiei medii, care tind să se recupereze spontan, printr-o bună conducere a terapiei. Rezultatele obținute în melancoliile severe sunt fără îndoială remarcabile și, pentru a aduce o contribuție, trebuie să examinăm mecanismele psihologice prin care se pot obține astfel de rezultate.

Pentru a sintetiza, sugerez cercetarea următoarelor trei probleme:

- a. Efectele diferitelor tipuri de șocuri asupra anatomiei, biochimiei și fiziologiei creierului și asupra organismului în ansamblul său, precum și însemnătatea acestor schimbări pentru pacient;
- b. Însemnătatea șocurilor și în particular a convulsiilor, precum și a ideii de a-i fi administrate, pentru oamenii normali și pentru cei suferinzi de diverse boli. Mă refer la semnificațiile conștiente, inconștiente și la cele refulate inconștient;
- c. Însemnătatea pentru pacient a convulsiei propriu-zise sau a ceea ce se întâmplă incontrollabil în organism, iar aici mă refer la conținutul inconștient (dar nu neapărat la inconștientul refulat).

V. Tipuri de efecte psihologice ale terapiei prin șocuri

Aș dori să discut despre următoarele cinci chestiuni:

1. Efectul terapiei asupra personalului și a atmosferei din spital

Cred că ar fi greșit ca, atunci când cercetăm efectele psihologice ale unui nou tratament, să ignorăm schimbările pe care le poate produce utilizarea sa în atmosfera generală din spital și în atitudinea medicilor și a asistentelor. Este cu atât mai important să avem în vedere acest aspect într-un spital de psihiatrie. În aceste spitale, în care există un număr mare de oameni sever afectați sau bolnavi fără speranță, ei constituie o grea povară pentru semenii. Povara unei astfel de situații psihiatrice o poartă personalul din spital - și sunt uimit să constat că există doctori și asistente dispuși să facă acest lucru. Este cunoscut faptul că, în trecut, se întâlneau des manifestări de cruzime la adresa bolnavilor, unul dintre motive fiind că bolnavii "cereau acest lucru", iar celălalt leagându-se de dificultatea de a lucra cu un număr mare de pacienți incurabili, cei care îi îngrijesc având nevoie să dezvolte o atitudine oarecum detașată față de aceștia (poate prea detașată). În psihanaliză, tocmai această prezență a analistului duce la progresul pacientului, ca rezultat al conștientizării acestuia.

Munca într-un spital psihiatric implică o imensă frustrare pentru personal, dar frustrarea este un lucru întâlnit și în consultațiile psihiatrice obișnuite, care necesită doar o bună gestionare a cazurilor și nu să vindecăm oameni. Voi face o paranteză: pentru a spune că, pentru mine ca psihianalist, este important că pot recunoaște povara dificilă presupusă de munca psihiatrică propriu-zisă, având în vedere că în lucrul cu psihoticii, analistul are nevoie să colaboreze periodic cu un psihiatru din spital și nu va obține această colaborare dacă nu înțelege tipul special al acestui demers.

Introducerea unei forme de terapie ce poate fi aplicată unui număr mare de pacienți care nu pot fi tratați în alte moduri a determinat o substanțială schimbare în atitudinea personalului din spitalul

psihiatric față de pacienți, astfel că medicii, asistentele și îngrijitorii au putut să privească cu speranță aceste cazuri datorită introducerii terapiei prin șocuri, ceea ce a dus la diminuarea frustrării resimțite în relație cu bolnavii. De asemenea, nivelul ridicat de pregătire teoretică și practică necesar în aplicarea terapiei prin insulină (de exemplu), aduce în cadrul spitalului medici pregătiți în biochimie și în alte domenii, ceea ce tinde să dezvolte sau să mențină curiozitatea științifică, care lipsea, în general, în spitalele psihiatrice de acum câteva decenii. Mi s-ar părea relevant, pentru această discuție, să iau în considerare posibilitatea ca îmbunătățirea atitudinii personalului față de bolnavii psihici să fie rezultatul introducerii noilor forme de terapie, inclusiv a celei prin convulsii, ceea ce ar duce la necesitatea investigării efectelor acestora asupra diverselor cazuri psihiatrice.

2. Efectul tratamentului prin faptul că pacientul și-l imaginează o parte a relației emoționale cu medicul

Psihiatrii vorbesc despre importanța relației emoționale cu pacienții și analizează prin prisma acestora rezultatele terapiei prin șocuri, din perspectiva a ceea ce ei numesc “transfer”. Cred că ei consideră că au învățat despre fenomenul transferențial de la psihanaliști și, prin extindere, îl folosesc cu același sens. Psihiatrii înțeleg că legătura emoțională dintre medic și pacient se bazează pe re trăirea experiențelor trecute sau că este o trăire dramatică a fantasmei. Cu toate acestea, eu cred că de obicei există doar o înțelegere limitată asupra viziunii psihanalitice – și anume că sentimentele transferențiale sunt patologice doar atâta timp cât rămân inconștiente. Se întâmplă probabil rar ca psihoterapeuții să-și bazeze demersul (așa cum fac psihanaliștii) pe aducerea în conștiință, gradual, a elementelor reprimite de pacient și care apar în transfer, astfel că materialul adus de pacient poate fi interpretat ședință de ședință, devenind conștient pentru el. Dr. Wilson abordează unele aspecte ale transferului în cazurile psihotice în articolul său recent, apărut în *Journal*¹⁵³. Citez una din afirmațiile sale: ”bănuiesc că unii psihiatri care folosesc terapia prin șocuri au tendința să acorde

¹⁵³ Cyril Wilson, “Un punct de vedere personal asupra terapiei prin șocuri”, *International Journal of Psycho-Analysis* 24 (1943).

prea multă încredere utilizării insulinei sau a aparatului și prea puțină rolului propriei personalități”.

Dr. Wilson dezvoltă această temă, lăsând să se înțeleagă că terapia prin șocuri este valoroasă doar pentru tratarea acelor pacienți netratabili prin alte metode, dar cu mențiunea că rezultatele pot fi atinse doar prin mecanisme psihologice.

Ca să continuu această temă, ar însemna să repet mult din ceea ce a scris Dr. Wilson.

3. Efectul tratamentului prin legătura cu ideile și fantezmele conștiente și inconștiente ale pacientului.

Citind literatura de specialitate și participând la discuții, am fost frapat de modul în care unii psihiatri par să ignore până și cele mai superficiale aspecte psihologice ale problemei. Poate că greșesc eu sau poate că nu li s-a spus că merită să relateze discuția obișnuită cu pacientul. Aș dori să știu de la un psihiatru care relatează aceste cazuri ce fel de discuție are cu fiecare pacient, înainte de a începe să lucreze cu acesta. Un exemplu ne-ar fi de ajutor, deși nu intenționez să acuz pe cineva. O pacientă căreia îi fuseseră induse electric convulsii într-un spital îmi relata:

„Nu ni s-a spus înainte că tratamentul consta în convulsii și nu sunt sigură că trebuia să știm, dar, în realitate, noi toți cunoșteam acest lucru, pentru că zvonurile se răspândeau în secret.”

Acest exemplu arată că pacientei nu i se dăduse nici o informație despre tratament, dar le putuse afla cu ușurință. Când am întrebat-o dacă știa din experiența personală ce înseamnă o convulsie, a răspuns că nu văzuse niciodată o convulsie, după care și-a amintit brusc cum, ca fetiță, fusese înspăimântată de vederea unui copil care avea o convulsie în creșa școlii. Dau acest exemplu doar pentru a ilustra modul în care, poate doar în cazuri izolate, sentimente conștiente și inconștiente obișnuite pot fi ignorate sau irosite, atunci când un număr mare de pacienți sunt tratați doar prin terapie fizică. Voi considera ca fiind un progres dacă psihiatrii vor declara că fac psihoterapie, utilizând șocurile doar ca adjuvant și când vor spune că au tratat doar câteva cazuri prin această metodă. Dar dacă o singură persoană a aplicat câteva sute de tratamente prin șocuri nu pot să văd cum, ulterior, a putut face cu fiecare caz în parte o psihoterapie adecvată.

4. Efectul tratamentului prin prisma așteptărilor ce pot fi întâlnite la diferite tipuri de bolnavi psihici

Ar trebui să se poată arăta ceea ce fiecare tip de pacient tinde să aștepte de la lumea externă.

Terapia prin șocuri ar putea fi gândită în relație cu aceste așteptări ale pacientului. Am fost total nemulțumit de rezultat atunci când am încercat să formulez aceste așteptări distincte pentru fiecare tip de boală psihică; dacă acest mod de abordare este unul util, aș dori să fiu ajutat. De exemplu, unii isterici așteaptă ca oamenii să-și exprime ambivalența față de ei. Poate că nu sunt surprinși când medicii care-i îngrijesc le administrează convulsii, care sunt neplăcute și dureroase. Alți pacienți isterici se așteaptă la un abuz sexual, ceea ce îi face să vadă tratamentul în această lumină. Pacienții masochiști probabil că vor privi tratamentul în felul lor special, prin prisma nevoilor lor. Cei suspicioși și ceilalți obsesionali se așteaptă ca întotdeauna să se simtă vinovați de ceva - și am cunoscut un pacient care se simțea la fel de vinovat fie că refuza, fie că solicita o terapie prin șocuri.

Cazurile de anxietate sunt o categorie atât de eterogenă, încât nu putem generaliza, dar sunt înclinat să cred că orice pacient care nu e chiar atât de anxios pentru a i se administra tratamentul, îl va resimți ca pe o eliberare, chiar dacă temporară, având în vedere că fantezmele lor sunt întotdeauna mai greu de suportat decât realitatea.

Pacienții depresivi simt că trebuie să distrugă ceva din ei și se pot folosi de orice situație periculoasă care să semene cu o autopedepsire sau cu un act suicidal. Se simt eliberați dacă încearcă să comită suicidul, dar nu mor. Ei se așteaptă să se autodistrugă în încercarea de a omorî partea rea care există în ei și astfel terapia prin șocuri este folosită de acest pacient pentru a vedea că supraviețuiește tratamentului.

Oamenii cu o personalitate construită contradepresiv, personalitățile maniacale cu nucleu depresiv (dar care nu sunt conștiente de asta) putem spune că se așteaptă să se poată apăra de orice și bănuiesc că astfel se apără de fapt de pericolul modificării personalității lor, într-o modalitate sau alta.

Personalitățile introvertite au tendința să nu aștepte nimic de la lumea exterioară, sau în orice caz să nu se aștepte la nimic important. Ele pot simți convulsia ca pe un asalt asupra lumii interne, aceasta fiind o altă chestiune. Personalitățile paranoide se așteaptă tot timpul să fie atacate și pentru ei toate tratamentele tind să fie resimțite ca un atac (ca urmare a întoarcerii urii proiectate). Tratamentul prin șocuri ar fi o trăire dramatică a delirului și au fost descrise cazuri în care pacienții la început își dădeau acordul, ca ulterior să acuze medicul că i-a torturat (Wilson, Hardcastle).¹⁵⁴

5. Efectul tratamentului prin prisma fantasmei pacientului privind personalitatea și corpul său

Voi aminti doar pe scurt acest aspect al problemei, cu toate că îl consider cel mai important dintre toate. Pentru toți pacienții, și pentru oameni în general, fantasmele personale despre corp sunt importante, dar cele ale pacienților psihiatrici au o importanță vitală în lucrul cu aceștia. Comparativ cu analiza unui nevrotic, în care se urmărește cu precădere recuperarea vieții pulsionale prin analiza transferului, fără a pune accent pe interpretarea fantasmelor acestuia legate de propriul corp, nu putem analiza un pacient psihotic fără a fi pregătiți să descoperim în orice moment că fantasma acestuia despre propriul corp este cea mai importantă. De fapt, motivul pentru care se presupune că psihiatriștii nu pot trata psihotici ar putea să fie faptul că, deși se cunoaște tendința accentuată a acestor pacienți de a fantasma despre interiorul lor și despre lumea exterioară, în general nu se știe că psihiatriștii pot acum să țină cont de aceste fantasme, fără a deveni mistici și fără a urmări cu precădere să interpreteze totul prin prisma pulsionilor, a experienței și realității. Altfel spus, nu trebuie să luăm în considerare doar imaginea pe care noi o avem asupra structurii personalității

¹⁵⁴ Wilson, "Un punct de vedere individual asupra terapiei prin șocuri"; D. N. Hardcastle, Scrisoare către editor, *British Medical Journal*, 29 ianuarie 1944.

pacientului, ci trebuie să vedem dacă ea corespunde personalității reale, de obicei rigidă, pe care o putem intui, ca ulterior să o descoperim și să o ajutăm să se schimbe, în cursul analizei. Această personalitate se exprimă prin fantezmele inconștiente despre propriul *Self*. Nimic nu este mai real pentru a exprima realitatea psihică a pacientului decât aceste fantezme ale sale. Structura personalității care a fost construită în decursul experienței instinctuale, conține apărări puternice și reprezintă o organizare complexă și rigidă, iar lumea externă este văzută ca proiecție a fantezelor proprii. Aici trebuie să reflectăm asupra a ceea ce înseamnă pentru un pacient psihotic, cu o structură de personalitate complexă și rigidă, să aibă o convulsie. Înainte de a putea presupune că schimbările rezultate în urma acestui tratament sau a oricărui altul se datorează unor mecanisme fiziologice, va trebui cercetat modul în care șocurile sunt respinse de pacient sau cum pot duce ele la schimbări în structura personalității, cunoscând câtă importanță are pentru un psihotic să dețină controlul. Probabil că mai degrabă ar prefera să moară sau să-și petreacă viața în azil, decât să piardă acest control.

VI. Fizioterapia tulburărilor mintale¹⁵⁵

1947

Titlul complet al acestei discuții era: "Unele motive ale prejudecății personale împotriva așa-numitei fizioterapii a tulburărilor mintale". Prezentându-mi ideile sub această formă, recunosc că am această prejudecată. Poate că nu este o abordare prea științifică, dar cred că este una potrivită pentru astfel de metode neștiințifice de tratament al tulburărilor mintale. De fapt, obiecția mea nu se adresează brutalității metodei, deoarece, comparativ cu boala psihică, un accident la coloana vertebrală nu e atât de grav, iar un picior rupt chiar nu înseamnă mare lucru. Neplăcerile produse de aceste accidente pot fi reduse de cele mai multe ori, cu o bună îngrijire, până la a deveni neglijabile. Cred desigur în buna intenție a celor care practică cu convingere și dăruire această fizioterapie (în

legătură cu care am prejudecăți) și nu știu nici un caz în care să pot atribui administrarea acesteia altui motiv decât celor obișnuite ale medicilor practicieni.

Știința în practica medicală

Un medic este consultat atunci când cineva suferă. Pacienții, dar mai ales familiile acestora, sunt cei care cer o terapie. Dar medicul este cel pregătit să aplice o metodă științifică și este de datoria lui să facă acest lucru, el dezamăgind chiar dacă aduce vindecarea pacientului. Datoria medicului față de societate este să lupte împotriva superstițiilor. Sigur că oricine poate merge la un vraci pentru o vindecare magică, dar de la medic se așteaptă, ca om de știință, să aibă curajul de a nu acționa, atunci când crede că știința nu-l poate ajuta pe pacient. Dacă diagnosticul este fundamentat științific, la fel ar trebui să se întâmple și cu terapia.

Psihologia științifică

Abordarea științifică a fenomenelor psihice constituie pasul următor după acceptarea teoriei conform căreia tulburarea mintală este o deficiență a dezvoltării emoționale, iar sănătatea mintală se întemeiază pe ceea ce este ereditar și ulterior în cursul dezvoltării personalității și a dezvoltării relațiilor emoționale cu realitatea externă. Prin scrierile și munca lui Freud, în special prin metoda de investigare obiectivă a fenomenelor inconștiente, s-a realizat o dezvoltare continuă a cunoașterii psihologice.

Această dezvoltare a psihologiei științifice ar putea fi descrisă succint ca având trei etape, prima aducând înțelegerea ambivalenței nevrotice, cea de-a doua aducând înțelegerea depresiei și a hipocondriei, iar cea de-a treia contribuind la înțelegerea stadiilor mai primitive de dezvoltare ale căror caracteristici reapar în bolile psihice grave.

Deci mai întâi contează tulcurările relațiilor interumane și tulburările funcțiilor instinctuale ale individului, ca efect al conflictelor inconștiente. Această înțelegere semnifică descoperirea ambivalenței, așa cum apare în situația transferențială. Urmând această direcție, fantezmele conștiente și inconștiente despre propriul corp și despre psihic au devenit analizabile, depresia și sentimentul inconștient de vină au devenit sentimentul pacientului de ceva rău în interiorul său, iar a

¹⁵⁵ In *British Medical Journal*, 17 mai 1947.

înțelege psihologia hipocondriei înseamnă a analiza această ambivalență. Astfel a devenit interpretabilă, mai departe, încorporarea și dezinvestirea. Teoriile lui Melanie Klein au adus o clarificare în acest sens, iar mania a fost considerată ca negare a depresiei și ca fiind mai gravă decât hipomania.

Noua abordare a depresiei, în mod firesc, intra în relație cu gradul de integrare a personalității, iar procesul integrării și legătura cu realitatea (testarea realității) au început să poată fi abordate în evoluția fenomenelor transferențiale și să fie corelate cu procesele pulsionale. Aceste descoperiri au dat psihologiei posibilitatea să abordeze treptat cazuri din patologia psihiatrică.

Terapia prin convulsii

În paralel cu progresul ferm și constant al științei psihologiei, s-a înregistrat o dezvoltare a practicii terapiei prin convulsii. Principala mea obiecție în legătură cu această formă de terapie se leagă de faptul că este considerată un refugiu în fața acceptării psihologiei inconștientului și a rezultatelor care au urmat dezvoltării psihologiei în ultimii cincizeci de ani. Este bine cunoscut că există câteva modalități de fizioterapie a tulburărilor psihice, dar cred că cea mai nocivă dintre ele este cea care folosește curentul electric, datorită ușurinței cu care se poate obține acordul din partea pacientului. În plus, curentul electric are semnificații inconștiente speciale, fiind bine cunoscut că fantezmele persoanelor paranoide și schizoide sunt construcții formate din idei despre electricitate și idei legate de influența magică. Aceste precizări nu au scopul de a susține preponderent efectele negative ale terapiei prin șocuri electrice, dar cu siguranță ne pun în gardă cu privire la interpretarea rezultatelor, atunci când ne confruntăm cu opinii favorabile acestei terapii, care sunt atât de frecvente în prezent. Indiferent de tehnica folosită, terapia prin convulsii este una empirică. Nimeni nu are nici cea mai vagă idee cum funcționează această terapie, atunci când funcționează. Este adevărat că empirismul ei nu generează obiecții. Cu toate acestea, oamenii de știință nu agreează empirismul și îl privesc ca pe un motiv în plus de cercetare. Responsabilitatea noastră este mare. Practica din Anglia tinde să fie copiată orbește în multe părți ale lumii, în special unde nu există acces la literatura de

specialitate, unde nu există pregătire în domeniul psihanalizei și nici acces la discuții științifice libere. Trebuie luate în considerare, pe lângă efectul imediat asupra indivizilor, și efectele sociale negative ale acestor terapii.

Teoria sănătății mintale

Datorită psihanalizei, tendința actuală a psihologiei este de a desăvârși teoria referitoare la tulburările psihice, văzute ca tulburări ale dezvoltării emoționale. Bazele sănătății mintale sunt puse în copilărie, prin dezvoltarea relației cu mama sau, mai arhaic, a relației copilului cu mama creată în psihicul acestuia, iar dacă ar fi să privim și mai timpuriu, în propriul Self. Rezultatul acestei teorii este pozitiv, în măsura în care prevenirea tulburărilor mintale constituie un nou obiectiv pentru pediatri. Prin contrast, avem rezultatul negativ ce constă în tratarea empirică a bolnavilor psihic prin metode fizice, ceea ce face să fie nevoie de tot mai mulți medici neurologi, care calificați să administreze convulsii. Acestea sunt două implicații sociologice ce pot fi comparate.

Ca și mine, mulți au deplâns faptul că terapia prin convulsii ne îndepărtează de abordarea psihologică, fiind mai apropiată de biochimie și neurologie. Această formă de terapie atrage în spitalele psihiatrice persoane cu o înaltă calificare, care se ocupă cu administrarea șocurilor prin utilizarea insulinei (ca proces complex) și care studiază toate modificările biochimice care apar. În general, este vorba despre tineri medici, orientați spre fiziologie, și este puțin probabil că oameni cu o vastă pregătire post-universitară în fiziologie vor dori sau vor putea să o ia de la capăt cu o pregătire în psihologie.

Leucotomia atrage către psihiatrie medici nepotriviți. Pentru mine, acceptarea în prezent a leucotomiei este rezultatul direct al acceptării terapiei prin șocuri, ca formă de terapie empirică.

Dacă efectele sociologice ale terapiei prin convulsii sunt negative, consecințele leucotomiei sunt deplorabile. Cred sincer că această formă de terapie constituie greșeala cea mai mare din istoria practicii medicale. În cadrul spitalelor de psihiatrie, introducerea leucotomiei constituie o ocazie pentru creșterea rolului neurochirurgului, care este un practician necalificat din punct de vedere

psihologic. Dați-ne voie să ne lăsăm înșelați de competențele sale foarte înalte, acestea neavând legătură cu subiectul nostru. Dacă este acuzată leucotomia și efectele ei, atunci trebuie să fie acuzată și terapia prin convulsii care a precedat-o. Opoziția față de leucotomie este prea mare pentru a putea fi exprimată. Publicul, și în mod similar medicii, sunt prea îngroziți de aplicarea acestei metode empirice ca să ia atitudine și se tem că dacă vor obiecta, psihiatrii nu o să îi vor mai elibera de îngrozitoarea povară a rudelor și, respectiv, a pacienților grav bolnavi psihic.

Permiteți-mi să aplic formula pe care am folosit-o mai devreme. Acum, în loc ca suferința individuală care necesită o vindecare magică să fie abordată științific de medici, putem spune că suferința societății (datorată membrilor săi bolnavi psihic) conduce la folosirea medicului (care se presupune că acționează după principii științifice) la satisfacerea acestei nevoi disperate de vindecări magice. Leucotomia ar trebui să fie astfel un tratament magic, disponibil pentru cei care solicită vindecări miraculoase.

De la leucotomie, cu modificările cerebrale ireversibile pe care aceasta le produce, mă întorc la terapia prin convulsii simțindu-mă cumva mai ușurat. Cel puțin, în acest caz, nu se produc afectări majore (chiar dacă acest lucru nu este încă demonstrat). Ar trebui să reiasă că efectele, bune sau rele ale electroșocurilor sunt până la urmă de natură psihologică, fără ca vreun pacient să fi fost afectat cu adevărat, și că persoanele care au fost supuse terapiei prin convulsii pot încă să urmeze o psihoterapie. Ele se pot chiar recupera spontan în timp, cu o bună aplicare a terapiei, dacă există o astfel de motivație.

Obiecții față de terapia prin convulsii

Pentru a rezuma opiniile pe care le-am prezentat până acum, aș spune că nu recomand această terapie, pentru că: (1) nu aș urma-o eu însumi; (2) aduce în domeniul psihiatric medici nepotriviți, fără o pregătire adecvată; (3) subminează încrederea pacienților în capacitatea medicilor de a păstra o abordare științifică atunci când li se cer tratamente miraculoase; (4) aplicarea acestei terapii în Anglia duce la răspândirea ei în întreaga lume; (5) metodele fizice de tratament reprezintă un

demers îndepărtat de psihologia științifică. Aș mai adăuga ceva - și anume, că principala indicație pentru aplicarea electroșocurilor pare să fie melancolia involutivă și depresia ușoară.

Acum, depresia este considerată boala oamenilor valoroși. În cazul pacienților borderline, depresia reprezintă prăbușirea celor prea împovărați de o responsabilitate sau de o pierdere. Din această perspectivă, aceștia pot fi considerați persoane valoroase, cum ar fi de exemplu situația unei mame bune care este împovărată de grija excesivă pentru copilul său. Pe de altă parte, manifestarea acestei îngrijorări, rămasă inconștientă, conduce la depresie. Dar cel puțin într-o depresie pacientul suferă din pricina propriei boli psihice. În concluzie, electroșocul este în prezent aplicat oamenilor valoroși și, dacă acest lucru este recunoscut, fără îndoială că el ar trebui să-i facă pe psihiatri să se îndoiască mult de adecvarea sa la acest tip de pacienți. Puțini dintre noi nu știu ce înseamnă depresia, iar acest lucru a fost posibil prin organizarea unor apărări contradepresive, care sunt mai dăunătoare decât o fază depresivă.

Efectele psihologice ale terapiei prin convulsii

Sintetizând opinia mea preconcepută, aș dori să-mi prezint ipoteza în legătură cu dezvoltarea viitoare a psihologiei terapiei prin convulsii. Cred că psihanaliștii și cei cu o astfel de pregătire trebuie în prezent să se concentreze asupra presupunerii că toate efectele electroșocurilor - bune, rele, sau neglijabile sunt de natură psihică. Domeniul imens al consecințelor psihologice determinate de ideea asupra electroșocului, așa cum apare la pacient, a fost serios neglijat. Ca să discutăm despre aceste consecințe nu este nevoie să fi administrat ECT la mii de pacienți - sau măcar la unul. Ceea ce avem de făcut este să împărtășim experiențele referitoare la ideile și sentimentele care apar în analizele pacienților care au trecut prin această experiență sau care au prieteni ce au trăit o astfel de experiență.

Nevoia de cercetare

Voi oferi două direcții de abordare. Chestiunea care trebuie urgent cercetată și discutată este reacția conștientă și inconștientă a pacientului cu privire la: (a) ideea de E.C.T. etc.; (b) experiența supunerii la terapie prin convulsii; și (c) convulsia propriu-zisă. Iată câteva sugestii.

(a) *Reacția față de ideea de a fi supus șocurilor.* Presupun că o persoană *normală* urăște această idee. Probabil că acesta este motivul pentru care psihanalistii nu se supun ei înșiși șocurilor atunci când se simt un pic deprimați. Persoanele *anxioase* sunt predispuse să fie terifiolate de șocuri, așa cum devin speriate de orice altceva. Prin contrast, ele ar putea să fie de fapt foarte curajoase în ceea ce privește senzația propriu-zisă. Pacienții *obsesivi* întâmpină dificultăți și mai mari atunci când li se propune o terapie prin convulsii. Rezistența lor organizată împotriva spontaneității și a lipsei de control este probabil să se întărească și mai mult. Îndoiala obsesivă este probabil să găsească un loc propice în decizia de a permite sau nu terapia. Vina va fi resimțită indiferent de decizia luată. În paranoia organizată, șocurile sunt în mod rapid percepute ca parte a unui atac ostil care se prefigurează. În cazul unui fete care avea iluzia că cineva încerca să îi distrugă creierul, aceasta formă de terapie a fost percepută ca o confirmare absolută a fantasmei sale. În cazurile care presupun fantasme legate de transferuri de gânduri și alte tipuri care interferează atât de rapid cu teorii asupra fenomenelor electrice și a influențelor malefice, se poate imagina foarte ușor că terapia prin șocuri electrice capătă o importanță deosebită.

(b) *Reacția față de experiența fizică propriu-zisă provocată de șocuri.* În cazurile cu tendință spre *isteria de conversie*, o cunoaștere parțială a modului de funcționare a creierului este folosită în raționalizarea senzațiilor de paralizie și parestezie provocate de terapia prin convulsii. *Depresivii* asociază convulsiile cu moartea și, pentru ei, acestea reprezintă ușurarea de a se fi întâlnit cu ea. Ei își doresc cu înfrigurare terapia prin convulsii. În anumite cazuri, convulsiile sunt percepute ca fiind din ce în ce mai înspăimântătoare în succesiunea lor, ultima dintre ele fiind echivalată cu moartea, astfel că revenirea ulterioară este percepută ca un nou start în viață, datorită experienței emoționale trăite. Impulsurile suicidare pot fi satisfăcute prin convulsii. Prin această aparentă formă de moarte,

un pacient suicidar poate folosi terapia prin convulsii ca un substitut al sinuciderii. Senzația provocată este comparabilă cu ușurarea dată de o tentativă eșuată de sinucidere, în care pacientul este salvat la timp.

(c) *Reacția la șocul electric propriu-zis.* În ceea ce se poate numi *nevroza de introversie* pacientul își construiește o lume interioară secretă în care relațiile sunt bune, iar aceasta se întâmplă în detrimentul lumii reale, care este privită ca locul în care relațiile sunt nesatisfăcătoare. În aceste cazuri, este posibil ca șocul electric să fie perceput ca o amenințare a lumii interioare și, în consecință, o readaptare trebuie să aibă loc pentru a ține cont de barierele slăbite față de lumea reală. Recunosc că această abordare este doar un demers incomplet, dar o folosesc pentru a sublinia modul în care rezultatele terapiei prin șocuri pot fi analizate ca fenomene psihologice. Acesta este aspectul care necesită o cercetare urgentă. Destul de surprinzător este faptul că lipsește intenția din partea practicienilor terapiei prin convulsii de a-l cerceta. Multe dintre obiecțiile adresate terapiei prin convulsii ar dispărea dacă ar fi înțeles mecanismul de producere a efectelor. Principala problemă o constituie faptul că falsele teorii sunt construite pe presupunerea că mecanismul de producere a schimbării este de natură fiziologică, iar aceste teorii deja au deschis calea pentru leucotomie - și cine știe ce ar mai putea urma?

Reacțiile inconștiente ale societății cu privire la nebunie

De asemenea vreau să avansez ideea că aceste fizio terapii exprimă reacția inconștientă a societății față de boala psihică gravă. Acesta este până acum cel mai dificil lucru pe care trebuie să-l spun. Am motive să cred că rezultatele bune care se pot obține prin aplicarea fizioterapiilor depind de asta, întrucât, prin fizioterapii, este exprimată în mod acceptabil, deghizat, trauma inconștientă rezultată din experiența contactului societății cu boala psihică. Inconștient înseamnă refutat, ceva care nu poate accede în conștiință. Sentimente intense de vină, teamă și, în consecință, de ură, iau naștere la cei care au în îngrijire bolnavi psihici; cred că această ură inconștientă stă la baza cruzimii manifestate față de pacienți, ce caracteriza până de curând managementul acestor cazuri.

Parte de încheiere

Ca o ultimă precizare, aş dori să spun de ce nu cred că aceste argumente ar schimba imediat ceva în practica psihiatrică. Tulburarea mintală poate fi extrem de dificil de tratat. Dacă s-ar renunţa mâine la terapia prin şocuri, aceasta ar plasa asupra medicilor şi a asistentelor din spitalele psihiatrice o imensă povară emoţională, pe care nu şi-o pot asuma dintr-o dată - şi vor fi opinii care vor considera că acesta este un motiv suficient pentru a justifica folosirea metodei. Înţeleg acest argument şi îl respect. Cu toate acestea, se pare că e nevoie ca cineva să se opună vehement la folosirea acestei terapii seductive şi facile, care tinde să îndepărteze practicienii de la parcursul dificil ce trebuie făcut atunci când încearcă să înţeleagă natura umană şi să evite explicaţiile magice.

64

Fizioterapia tulburărilor mintale: leucotomia

I. Leucotomia prefrontală

Scrisoare către editorul lui The Lancet, aprilie 1943

Domnule, Dr Fleming şi Dl McKissock au descris cincisprezece cazuri tratate prin leucotomie prefrontală, iar Dr Hutton, un număr de cincizeci de cazuri. Tocmai pentru că munca lor este de o mare importanţă, mă folosesc de această ocazie pentru a atrage atenţia asupra obiecţiei resimţită frecvent faţă de tratamentul tulburărilor mintale prin orice metodă care produce o deficienţă funcţională sau o afectare a creierului, chiar dacă s-a văzut că se pot obţine rezultate favorabile în anumite cazuri.

Teoria care susţine că schizofrenia, depresia maniacală, psihozele şi melancolia sunt boli mintale cu un fundament fizic este încă susţinută de o parte a practicienilor. Cu toate acestea, alternativa teoretică, conform căreia aceste boli psihice sunt tulburări ale dezvoltării emoţionale (cu grade variate de determinare ereditară), nu a fost infirmată. Sugerez că, până va fi, trebuie ținut seama că

medicul supune pacienții unei operații de înlăturare efectivă a țesutului creierului. Aceia care doresc să încerce a vindeca bolile psihice prin mijloace chirurgicale sau prin inducerea convulsiilor, trebuie mai întâi să demonstreze că aceste boli sunt de fapt afecțiuni ale țesuturilor creierului.

Îmi mențin părerea că nebunia, în formele sale comune, este o stare psihică destul de apropiată de geniu, de talentul deosebit, deci de o personalitate excepțională. Din acest motiv, sunt neliniștit când aud de astfel de tratamente care pur și simplu fac imposibilă recuperarea completă, chiar dacă se poate demonstra că, într-o anumită proporție din totalul cazurilor, ele produc o schimbare în sensul normalității.

În plus, este foarte folositor pentru persoanele cu probleme psihice să poată înțelege sau chiar să trăiască o perioadă de prăbușire. Ideea de pacient voluntar, care acceptă aceste metode, mi se pare că se bazează parțial pe acest considerent. Dar publicul începe să înțeleagă că o prăbușire psihică va implica o serie de convulsii, sau poate o afectare permanentă a creierului, și nu cred că acest fapt e de natură să încurajeze o cerere timpurie de ajutor din partea pacientului, care este, pe bună dreptate, dorită de cei ce tratează psihotici.

D. W. Winnicott

1949

Am toată considerația pentru studentul la medicină care este hotărât să învețe și care amână până după finalizarea studiilor activitatea de cercetare, considerând-o un atribut al maturității și al sănătății. Poate că leucotomia, ca tratament al tulburărilor psihice pe cale chirurgicală (care afectează creierul), ne oferă un bun exemplu de terapie discutabilă și care nu trebuie acceptată nici măcar ca prilej de practică medicală.

În presa medicală, m-am exprimat critic și în termeni extrem de duri asupra leucotomiei, deoarece cred că este cea mai dăunătoare direcție din practica medicală. Dar această critică a fost întotdeauna făcută cu respectarea opiniilor celor care suportă această metodă, fără a-i admira vreodată pe practicieni, care sunt oameni obișnuiți ce fac tot ceea ce le stă în putere pentru pacienții lor și experimentează doar când cred cu sinceritate că există un motiv suficient pentru acțiunile lor.

Trebuie reamintit că în azilele din Insulele britanice sunt internați numeroși bolnavi psihici, ceea ce presupune un consum mare de timp din partea medicilor și a asistentelor. Nimeni nu poate fi criticat că încearcă să ușureze povara pe care o reprezintă pentru comunitate boala psihică incurabilă. Leucotomia face astfel ca pacienții să fie mai puțin dificili, diminuându-le anumite suferințe chinuitoare și prelungite. Nu este de mirare că neurochirurgii se reorientează dinspre tehnicile înalt specializate, care le permit să extirpe tumori cerebrale, către mai puțin avansata tehnică de operare a țesutului cerebral în ideea unei vieți normale. În orice caz, s-ar putea argumenta că în cele mai grave boli mintale, creierul este deja afectat ireversibil (ca și în anumite boli datorate unor cauze fizice precum sifilisul sau arterioscleroza), ca urmare a proceselor inflamatorii.

Totuși, care sunt motivele care mă fac să consider că operația nu este o soluție?

În primul rând, dacă este vorba de intenția de eliberare a societății de povara reprezentată de bolnavii psihici fără speranță, de ce nu se folosesc metode mai radicale, cum ar fi operația de

¹⁵⁶ Din *British Medical Students' Journal* 3 (1949)

înlăturare completă a conexiunilor neuronale(?pentru a cut of the brain stem), sau o metodă deliberată de eutanasiere? Răspunsul este că aceste metode presupun o responsabilitate imensă a medicului, aceea de a decide asupra vieții și a morții, pe care nu și-o poate asuma din respect pentru ființa umană. Aceasta diferă de responsabilitatea pe care o presupun deciziile sale curente de diagnostic și tratament, luate pe baza datoriei de a vindeca persoanele bolnave.

Argumentul simplist că orice metodă cu rolul de a elibera comunitatea și respectiv personalul medical de suferința pacienților este scuzabilă nu este de ajuns. Pe acest considerent, s-ar putea susține că leucotomia este un tratament eficient datorită rezultatelor estimate, dar trebuie mers mai departe și investigate efectele negative.

Trebuie subliniat aici că uan este să vindecî o pacientă de un cancer la sân, prin extirparea glandei mamare, și alta să „vindecî” un pacient de o boală psihică prin întreruperea funcționării unei părți a creierului. Sunt două situații complet diferite, întrucât în primul caz personalitatea nu este modificată, pe când în cel de-al doilea ea este ireversibil afectată.

Teoria actuală susține importanța fiziologiei creierului în geneza bolilor mintale, în defavoarea cauzelor de natură psihologică, iar orice nouă teorie, pentru a putea să fie acceptată, trebuie să o înlocuiască pe aceasta. Cei care practică leucotomia nu au încercat să găsească o nouă teorie, dar au lăsat să se creadă că, pentru funcționarea psihicului și pentru organizarea personalității, este nevoie doar de creier ca organ fizic.

În acest punct al dezbaterii, trebuie să luăm în considerare faptul că anumiți pacienți au fost ajutați considerabil prin leucotomie, putând chiar să părăsească spitalul și să se întoarcă la profesie și la viața de familie. Dacă tratamentul ar fi aplicat doar în cazurile foarte grave, s-ar putea ca efectele pozitive să fie superioare celor negative.

Din păcate, nu se poate vorbi de un tratament în circumstanțele arătate, deoarece el ar urma să fie aplicat și cazurilor mai puțin grave. Apar noi teorii și, cum este cazul leucotomiei, posibilitatea de a obține rezultate conduce la creșterea importanței neurochirurgilor și la un aflus al acestora către

spitalele de psihiatrie, având o pregătire în domeniul chirurgiei cerebrale și fiind nepregătiți pentru studiul naturii umane.

În primul rând, în privința aplicării mai extinse a tratamentului, se întâmplă ca fiecare unitate spitalicească să dorească să facă acest lucru pentru mii de cazuri, în vederea unei cifre rotunde în rapoarte, iar o parte din aceste cazuri vor figura ca pacienți cărora deja li s-a făcut leucotomie, deși fuseseră diagnosticați ca suferind de boli mai puțin grave, cum ar fi depresia sau nevroza obsesională etc., boli ce cu siguranță nu intră în categoria celor care afectează creierul.

Cele spuse anterior ridică în discuție problema complexă a psihogenezei bolii psihice. Putem afirma că este imposibil să fii în același timp și neurochirurg și un bun cunoscător al psihologiei umane. Aceste două discipline sunt prea complexe pentru ca un medic să le poată înțelege profund pe ambele. Și ar fi mai simplu pentru un excelent psiholog să învețe neurochirurgie, decât ca cel din urmă să fie psiholog, din simplul motiv că psihologia poate fi învățată în timp, perioadă în care cel care învață trebuie să progreseze în a înțelege cerințele emoționale pe care le presupune acest demers. Nici un student la medicină, chiar excepțional fiind, nu poate pur și simplu *să învețe* psihologia. El trebuie să petreacă ani în care să-și maturizeze și să-și dezvolte propria personalitate, ajungând astfel să-și dezvolte treptat capacitatea de înțelegere. Concret, predarea psihologiei la studenții de la medicină arată că a înțelege acest domeniu poate fi o experiență dificilă, chiar în cazul personalităților aparent stabile. Acesta este motivul pentru care psihanaliza susține că psihologia inconștientului poate fi învățată doar de aceia care sunt ei înșiși analizați sau care au urmat o analiză încheiată cu succes.

Datele referitoare la psihologia pacienților înainte și după leucotomie, furnizate cu bune intenții de către neurochirurghi, pot să apară ca superficiale psihanalistului, care se situează la polul opus, fiind nevoit să aibă o abordare complexă a proceselor psihice, ceea ce îl face mai conștient de lipsurile existente în înțelegerea psihicului uman. Există un număr vast de informații disponibile pentru cei care doresc să studieze aspectele profunde ale psihologiei, care arată că bolile psihice frecvente, cum sunt - schizofrenia, depresiile, paranoia, precum și nevroza obsesională și delincvența - sunt

tulburări ale dezvoltării emoționale ce *nu depind de modificările țesutului cerebral*. Desigur că aceste modificări pot avea ca efect schimbări ale personalității și de tip comportamental, dar, în general, la bolnavii psihici nu apar astfel de schimbări fiziologice. Boala psihică nu constă doar într-o stare de confuzie, ci este un *pattern* organizat al apărărilor și rezistențelor și o întârziere a dezvoltării emoționale. Acest model ar putea fi înțeles dacă s-ar cunoaște în detaliu mecanismele psihologice ale acestor boli, ca expresii ale dificultăților inerente vieții datorate tulburărilor procesului de dezvoltare emoțională, influențelor din partea mediului și interacțiunii dintre cele două. Nu se poate spune că dacă sifilisul, atunci când atinge creierul, produce idei de grandoare sau că, dacă arterioscleroza determină restrângerea capacităților intelectuale, atunci e adevărat că tulburările în dezvoltarea emoțională conduc la evidențierea modificărilor la nivelul creierului. Toate dovezile arată contrariul.

Neurochirurgii care pornesc pregătiți să considere nebunia ca o sumă de boli psihice distincte (datorate leziunilor cerebrale) nu pot fi convinși cu ușurință că pacienții sunt totuși ființe umane. Chiar și atunci când sunt închiși în ei (rupți de realitate), degenerați și inconștienți, ei încă se luptă cu problemele existenței, care pentru cei mai norocoși dintre noi sunt probabil ceva mai ușor de rezolvat. Când aceia care nu sunt psihologi văd după leucotomie dispariția simptomelor și a rezistențelor, simt că le sunt confirmate teoriile și nu au nici cea mai vagă idee că înlăturarea acestor rezistențe poate însemna, pentru persoana în cauză, pierderea finală a identității.

Doar psihanalistii respectă aceste rezistențe și văd în ele lupta inconștientă a pacientului dusă pentru a se descoperi pe sine. Tendința generală a terapiilor de altă orientare decât cea psihanalitică este de a evita rezistența pacientului.

Poate că operația de leucotomie este cel mai bun exemplu de evitare a rezistențelor care poate fi dat. Realitatea arată că orice persoană care simte că devine bolnavă psihic nu poate fi sigură că nu va fi afectată de această interferență dintre boală și țesutul cerebral. Acesta nu este cel mai bun mod de a rezolva problemele, anume să-i faci pe oameni să vrea să fie internați încă din primele stadii ale tulburărilor psihice. Astfel, mulți din cei care s-ar recupera spontan, în câteva luni, cu condiția să fie

tolerați, îngrijiți cu afecțiune, pe cât posibil într-o instituție, și împiedicați de la sinucidere în timpul stării depresive sunt puși în situația actuală să se lupte cu teama (justificată) că nu se vor putea recupera fără a li se administra cel puțin o serie de convulsii, sau fără a avea poate creierul ireversibil alterat. După intervenția nejustificată de tip fizic, nici unul nu va putea fi sigur de identitatea lui (și nici nu ar avea cum), întrucât personalitatea construită de-a lungul evoluției nu mai este aceeași.

Dacă astăzi mă comport în mod adecvat, acest lucru este rezultatul unui proces de o viață și a unei relații bune cu mediul, constituind un exemplu de mare acuratețe pentru relația dintre tot ce înseamnă „eu”, de la naștere până în prezent, și mediul în ansamblul său. Dacă în urma leucotomiei se obține acest rezultat, acesta nu constituie un progres, pentru că nu sunt eu cel care se comportă astfel.

Ființele umane sunt îndreptățite să aibă tot felul de fantasme, inclusiv dintre cele mai sadice, iar datoria noastră ca practicieni ai științei este să le arătăm realitatea pe care ei își pot suprapune fantasmele. Pacienții fantasmează că medicii lor sunt îndrăgostiți de ei, dar etica medicală împiedică acest lucru să devină real și sunt foarte rare situațiile în care un medic profită de pe urma acestei intimități cu pacientul.

În mod similar, pacienții fantasmează despre medicii care acționează în mod magic și mutilator. Pe ansamblu, medicii acționează după criterii bine definite din punct de vedere științific. Eu cred că leucotomia se află undeva la granița dintre știință și superstiție. Cred că oamenii nu ar trebui să treacă prin această încercare de care le este frică și să fantasmeze. Cei care practică leucotomia mai mult înspăimântă pacienții, decât reușesc vindecarea de suferință a unui număr mic dintre cei pe care-i îngrijesc. Efectul este că produc pacienților teamă față de medici și o creștere a temerilor față de ideea de nebunie. Acest fapt determină la rândul său consecințe extinse. Spaima de nebunie conduce la un salt spre supraevaluarea sănătății mintale, ceea ce reprezintă un fals progres al civilizației, pentru că semnifică o creștere a importanței acordate logicii, a tot ceea ce este conștient

și poate fi controlat și o îndepărtare de integritatea individuală și de profunzimile inconștiente ale personalității.

Cred că responsabilitatea pe care și-o asumă de cei care utilizează la întâmplare această metodă, doar pe considerentul că e vorba de bolnavi psihic gravi, este covârșitoare și înseamnă asumarea mai multor neplăceri decât și-ar fi asumat anterior pentru a arăta că recunosc implicațiile extinse ale practicii lor.

III. Note asupra implicațiilor generale ale leucotomiei

Utilizate pentru a deschide o discuție despre leucotomie, susținută la London School of Economics, la 13 noiembrie 1951

Studiu preliminar

1. Realitatea bolii psihice
 2. Probleme actuale de management
 3. Revoluția în îngrijirea pacienților din spitalele psihiatrice
 4. Utilitatea fizioterapiilor
 5. Evoluția treptată a opiniilor profesioniștilor cu privire la tratamentele variate
- Expunerea pozițiilor prezentate cu privire la fizioterapiile utilizate în psihiatrie.

Punctul de vedere personal

Iau în considerare o serie de tratamente fizice: la un pol,

îngrijirea fizică, permisiunea de a regresa

urmează: introducerea narcoticelor

urmează: suportul medicamentos în retrăirea unor situații refulate

urmează: șocurile cu insulină (realizate de o echipă pregătită)

urmează: terapia prin producerea convulsiilor cu ajutorul curentului electric (echipă relativ neinstruită)

urmează: leucotomia

urmează: eutanasia

Considerații filosofice

1. E.C.T. - nefiind pregătiți, are efect asupra teoriilor practicienilor despre dezvoltarea personalității umane și a anormalității.

2. Leucotomia alterează baza Self-ului, pune accent pe eliberarea de suferință și creează echipe de neurochirurghi instruiți, ca tip de investire cu autoritate, ceea ce poate afecta aprecierea științifică. Teoria asupra bolii psihice ca o organizare a Self-ului în funcție de circumstanțe.

Influența emoțiilor asupra discernământului

Separarea una de alta a două teme (interrelaționate, desigur): (a) Eficacitatea (să spunem) a leucotomiei comparativ cu cea (să spunem) a psihanalizei. Aceasta implică discutarea sensului cuvântului “eficacitate”, în acest context. Și (b) considerațiile filozofice, etice, asupra ingerinței în funcționarea creierului, aspectele etice ale terapiei ce implică schimbări ireversibile.

Observație: În lucrările psihiatrice actuale (a) a fost complet discutat fără a se face referire la (b).

Importanța relativă a diferitelor organe ale corpului pentru existența psihicului individual

Este evident că un psihic sănătos presupune un corp sănătos. Cu toate acestea, este posibil să analizăm valoarea relativă a diferitelor părți ale corpului pentru psihic.

Mutilarea creierului vizavi de castrare:

Angoasa legată de mutilarea creierului, angoasa legată de castrare (conștientă și inconștientă)

mutilarea creierului ca *simbol* al castrării

Consecință falsă: că mutilarea creierului este *doar* simbol al castrării, adică nu ar justifica frica, evitarea, condamnarea, etc.

Ilustrați (pentru a simplifica se referă doar la bărbați):

a. Mutilarea principalilor nervi motori din membrele superioare. Rezultă neajutorarea. Haideți să presupunem că ar putea fi făcută ca măsură împotriva masturbării, a furtului sau a actelor agresive asupra semenilor. Este imposibil, întrucât nu știm nici un chirurg din țara noastră care ar face această operație.

Totuși, ar lăsa psihicul intact. Un biograf ar putea scrie: „a suportat acest abuz cu demnitate.”

Poate că victima ar fi răspuns: „Iartă-i, că nu știu ce fac.” Circumcizia este întreprinsă des pentru a trata sau preveni enurezisul, masturbarea, deviațiile sexuale, ceea ce arată că este ușor ca chirurgia să devină un meșteșug al superstiției și al urii inconștiente.

b. Castrarea, adică înlăturarea testiculelor. În acest caz cunoaștem rezultatele. Într-o oarecare măsură, psihicul este afectat, în sensul că nevoile instinctuale sunt modificate. În consecință, efectul asupra psihicului este mai direct decât în cazul înlăturării altor (așa numite) glande interne, a celor care produc hormoni.

În zilele noastre, castrarea nu ar fi realizată niciodată ca tratament al tulburărilor de comportament, nici în cazul cererii individului (cu toate acestea, a face o astfel de cerere face parte din organizarea masochistă a personalității). Operația lasă psihicul intact într-o anumită măsură, dar schimbarea este ireversibilă, mai puțin atunci când se poate realiza un produs pe bază de hormoni testiculari care să suplinească deficitul hormonal, caz în care psihicul este din nou intact, chiar dacă individul va trebui să se obișnuiască cu ideea de a fi incapabil de procreare. Câteodată, chirurgii leagă cele două canale care transportă spermatozoizii de la testicule, astfel că pacientul nu va mai trebui să se teamă că-și va lăsa însărcinată partenera cu care are o relație compulsivă. Această

operație nu este neapărat ireversibilă. (cf. femeilor, după înlăturarea uterului, a ovarelor, li se administrează hormoni ovarieni pentru a suplini deficitul hormonal).

c. *Considerații subsidiare.* Înlăturarea ambilor rinichi nu afectează psihicul, excepție făcând situația în care uremia crește treptat, ceea ce duce la o creștere patologică a distorsiunii personalității, până la moarte.

Înlăturarea unui membru afectează în mod firesc individul, cauza care a determinat-o fiind importantă, însă și în acest caz psihicul rămâne intact. Toate deficiențele fizice cum ar fi orbirea, surzenia au efecte asupra psihicului, iar persoana este cea care reușește sau eșuează în adaptarea la noua condiție.

Din câte se știe până în prezent, în urma inducerii convulsiilor prin folosirea curentului electric, de obicei nu se produce afectarea țesutului creierului, deși este dificil de demonstrat acest lucru. Dacă situația ar sta astfel, atunci câțiva dintre noi ne-am oferi voluntari pentru o serie de zece convulsii. (Putem ignora accidentele inerente acestei forme de tratament - ca și în oricare alta - cum ar fi: supradozarea, fractura coloanei vertebrale etc., atâta timp cât ele nu fac obiectul discuției noastre.)

d. *Tratamentul chirurgical al creierului* trebuie luat acum în considerare. Tumoarea cerebrală poate fi în cele mai multe cazuri înlăturată, operația reprezentând una dintre realizările remarcabile ale chirurgiei. Este posibil ca, în astfel de cazuri, o cantitate de substanță cerebrală mai mică sau mai mare să fie înlăturată, astfel că după operație pacientul nu se poate recupera complet. În acest caz, o parte a personalității a fost alterată sau pierdută. Aceste efecte sunt inevitabile și ele pot fi întâlnite în toate operațiile pe creier pentru *vindecarea anormalităților cerebrale*. Dar nu aceste fenomene fac obiectul discuției noastre. A ține seama de ele este important în măsura în care duc mai departe axioma că țesutul cerebral în ansamblu este zestrea somatică (sau fizică) pentru existența psihicului. Din această perspectivă, unele părți din creier sunt mai importante decât altele (de exemplu, centrii motori și senzoriali au o importanță mai mică), dar nu există nici un alt organ cu o importanță comparativă cu aceea a creierului pentru existența psihicului.

Întrebare: Cele spuse până acum sunt suficient de clare sau este ceva care trebuie precizat (demonstrat)?

Principala temă

Discuția noastră se poartă asupra *mutilării țesutului creierului normal, sănătos, pentru tratarea tulburărilor psihicului*, așadar cu scopul de a schimba un comportament individual, pentru a-i ușura suferința, pentru a face îngrijirea pacientului mai ușoară și pentru a restabili *eficiența funcțională*. În acest caz, este întreprins un demers care afectează la propriu psihicul, prin perturbarea bazei fizice a acestuia. Despre o persoană atât de afectată nu mai putem spune: „el a îndurat mutilarea cu stoicism”, întrucât înțelesul cuvântului „el “ s-a modificat. Sau nu putem spune: „ea suferă mai puțin acum decât înainte”, pentru că acest “ea” nu mai înseamnă același lucru. Tot ce putem spune ar fi: ”dacă ea sau el întreagă (întreg) suferea (sau se comporta inadecvat), noul eu parțial suferă sau se comportă inadecvat într-o măsură mai mică”.

Am spus că este improbabil ca (a) sau (b) să fie realizate în prezent de un chirurg din această țară. Cu toate acestea, astfel de operații, cu mult mai terifiante, au fost făcute pe mii de oameni în ultimii zece ani, iar susținătorii acestui tratament pretind extinderea domeniului de aplicabilitate a metodelor. Inițial, doar cazurile de boli psihice fără speranță erau leucotomizate. Ulterior, treptat, bolnavii de nevroză obsesională au fost cei tratați astfel - și cei cu melancolie a căror suferință nu putea fi tolerată și asumată ca responsabilitate de către medici. În prezent, tratamentul este recomandat pentru toate tipurile de boli psihosomatice. Curând, singurul simptom care va face bolnavul inadecvat tratamentului îl va constitui obsesia legată de leucotomie, ca tulburare contagioasă posibil de întâlnit cu precădere (din păcate!) în profesia psihiatrilor.

Efectul asupra publicului larg

Acesta este un subiect de cercetare pentru psihologia socială. Faptul că se practică leucotomia face individul să se teamă mai mult sau mai puțin de nebunie? Se poate ca apatia publicului față de această metodă (asemănătoare cu o eutanasiere dacă ar fi aplicată zilnic), să fie rezultatul fricii?.

Frica asociată cu problema leucotomiei

1. Teama conștientă că o persoană dependentă și grav bolnavă psihic va fi trimisă din spitalul de psihiatrie acasă.
2. Teama că dacă cineva acceptă să se interneze în spital, va fi ireversibil mutilat.
3. Teama de dorința de a fi mutilat (masochistă, vină inconștientă etc.); cf. teama de sinucidere.
4. Teama de ideea medicului rău intenționat; aceasta este întotdeauna ascunsă de încrederea obișnuită (conștientă) a celui bolnav în medicul său. Ideea medicului rău intenționat este greu de acceptat de către bolnav.
5. Problematika sufletului și a relației lui cu psiho-soma.

Începe viața noului copil încă de la concepție, în baza acestei idei a legăturii psiho-soma, sau într-un stadiu ulterior? Convingeri religioase foarte profunde sunt legate de această problemă și majoritatea oamenilor preferă să creadă că sufletul este dat în corp, cam în același mod în care Dumnezeu nu poate fi reprezentat, ci doar perceput.

Problema abordată în mod extrem

Pentru a mă exprima direct, voi presupune că fie eu, fie medicul psihiatru este nebun. În primul caz (cel în care eu sunt nebun) dr. X mă va diagnostica (va certifica) și va dispune să mi se facă o leucotomie (cu cele mai bune intenții). Atunci nu va mai exista D. W. W. Ca urmare a acordului meu, va rezulta un D. W. W. parțial, fără îndoială mult mai fericit și eliberat de interesul acesta "misionar" și de responsabilitatea socială, eliberat de datorie, iar în locul acesteia aș trăi plăcerea ignoranței ce ține de lipsa unui scop adevărat.

În cel de-al doilea caz, psihiatrul este cel nebun, iar eu îl psihanalizez. El desigur că nu dorește să fie psihanalizat și de aceea rămâne neanalizabil, iar eu rămân frustrat, ca analist. Dar el va continua să aibă psihicul intact.

În aceasta constă diferența dintre cele două situații extreme descrise.

Acum puteți înțelege de ce este o problemă atât de importantă și de ce ea reprezintă o alegere a societății. Deoarece societatea de astăzi este cea care trebuie să decidă și nu psihiatrii împovărați de problematica clinică curentă.

Cine va fi considerat nebun? Eu, care mă lupt pentru a-mi păstra psihicul întreg, pentru o existență autentică, sau psihiatrul care știe că psihicul său îi va fi lăsat intact, iar atunci când se opune psihanalizei, măcar este Self-ul său autentic cel care se opune? Îl invidiez pentru că poate face asta.

IV. LEUCOTOMIA PREFRONTALĂ

Scrisoare către editorul publicației British Medical Journal, 28 ianuarie 1956

Domnule, corespondența cu privire la leucotomie care a fost relansată mă face să mă gândesc din nou că acest subiect nu poate fi discutat și bine detaliat altundeva decât în rubricile acestei publicații.

Acum câțiva ani, îmi exprimam opinia că leucotomia a fost cea mai gravă eroare făcută din bune intenții în practica medicală recentă; sunt adesea întrebat dacă timpul scurs de atunci m-a făcut să îmi schimb părerea. Nu, deloc. Părerea mea nu are o bază foarte solidă, deoarece nu am efectuat un studiu aprofundat al pacienților leucotomizați, deci nu se bazează direct pe un studiu clinic, ci pe unul indirect, cum ar fi psihanaliza unora dintre pacienții care au fost internați în spitale de psihiatrie. Chiar dacă aș fi întâlnit un caz în care starea pacientului s-a îmbunătățit ca urmare a leucotomiei, părerea mea ar fi rămas aceeași.

Trebuie să ne reamintim că leucotomia este o intervenție disruptivă efectuată în mod deliberat asupra țesutului cerebral sănătos, cu scopul de a determina schimbări psihice, care în opinia unui psihiatru sunt benefice. Această operație nu poate fi comparată cu încercarea de a înlătura o tumoră cerebrală sau de a opri o hemoragie subdurală. Până acum, întreaga discuție asupra problemei a gravitat în jurul opiniei psihiatrilor despre efectele considerate benefice și nu a fost făcută nici o încercare de a explica înțelesul cuvântului “benefic” în acest context.

Scrisoarea doctorilor D. W. Standley (din 3 decembrie 1955, p. 1390) și Clifford Allen (din 17 decembrie 1955, p. 1502) mă determină să-mi reafirm opinia: (1) în prezent, în societatea noastră există multe cazuri aduse în starea de neajutorare (de dependență totală) după leucotomie, iar rudele acestora sunt preocupate nu de încălcarea regulilor de conduită umană, care ar putea fi poate mai ușor de înțeles, ci de consecințele rezultatelor acestei proceduri neurochirurgicale foarte discutabile. Schimbări ireversibile au fost produse la pacienți ale căror boli erau, în orice caz din punct de vedere *teoretic*, capabile de remisie înaintea acestei operații. Povara emoțională determinată de aceste cazuri este puțin probabil să îi intereseze pe psihiatri, care sunt responsabili de a fi pus societatea în fața a ceva mai rău decât povara îngrozitoare a unui copil cu deficiențe. (2) Toți pacienții din spitalele psihiatrice, internați prin propria voință sau din considerente ce țin de boala lor psihică, vor deveni repede preocupați de întrebarea: ”Voi fi supus la E. C. T., la șocuri cu insulină, leucotomie?”. Dintr-un motiv sau altul, psihiatrii par să nu fie conștienți de asta. Bolnavii psihici vorbesc puțin despre alte lucruri. Ei trăiesc o dilemă în care nu ar fi trebuit să se afle, la care medicul pare să se alăture în impulsul distructiv, deci în lumina celor arătate, leucotomia este mai dăunătoare decât celelalte metode fizice. Pacienții se află permanent sub amenințarea leucotomiei, pe care ajung să o recunoască drept o procedură chirurgicală care îi va schimba din ceea ce sunt în ceva necunoscut. Aceia care sunt capabili de recuperare artificială organizează o pseudo-refacere, din teama ca astfel să poată scăpa din spitalul de psihiatrie. Aproape că nu mai există în prezent aziluri pentru acei pacienți care au nevoie de sau pot folosi benefic o perioadă de prăbușire psihică. Au mai rămas doar spitale de psihiatrie pentru vindecarea cât mai rapidă a bolii mintale și, din

nefericire, teama de leucotomie a devenit un factor determinant de reducere a timpului de ședere în spitalele psihiatrice. Aceasta arată bine doar pe hârtie. (3) Existența leucotomiei ca procedură acceptată este dăunătoare pentru medici și asistente. Ea furnizează exemplul extrem al unei psihiatrii care evită studiul naturii umane și, de asemenea, evită să considere sănătatea mintală ca depinzând de maturitatea atinsă în dezvoltarea emoțională a individului.

Leucotomia arată cel mai bine diferența dintre psihiatria privită ca terapie aplicată la întâmplare și psihiatria privită ca o abordare complexă, interesată de ființa umană care găsește viața ca fiind dificilă și ale cărei probleme le regăsim în noi înșine.

Dacă profesia medicală ar renunța la practica leucotomiei, aceasta ar fi un mare pas înainte. Câștigul ar fi atât de substanțial, în opinia mea, încât faptul că în câteva cazuri s-ar pierde efectul curativ ar conta mai puțin. Al dvs., etc.

D. W. Winnicott

65

Terapia Ocupațională

Recenzie a cărții *Artă versurs boală* de Adrian Hill¹⁵⁷

1949

Iată o carte bună. Adrian Hill, artist și profesor de artă, a trecut printr-o perioadă de inactivitate forțată, ca pacient într-un sanatoriu, unde a descoperit o nouă motivație pentru a picta și desena. Aceste activități îl făceau să se simtă mai bine și probabil că indirect au dus la însănătoșirea sa. Ce poate fi mai natural pentru el decât să devină, la ieșirea sa din sanatoriu, un militant în favoarea folosirii Artei împotriva Bolii?

¹⁵⁷ Londra: George Allen și Unwin, 1948. Această recenzie a apărut în *Jurnalul britanic de psihologie medicală*, nr. 22 (1949)

Această carte relatează aventurile sale. Pentru a-și putea face înțeleasă ideea care îl macină de pe vremea când își pierdea timpul cerând voie pentru tot felul de lucruri, a avut nevoie de mult control de sine și de o înțelegere răbdătoare a mentalității doctorilor, a surorilor medicale și a consiliilor de conducere.

Principala idee este că atunci când pacienții nu sunt foarte bolnavi, ei au nevoie imperioasă de ajutor, când vine vorba de suflet, lume interioară sau cum vrem să numim acest lucru. Perioada de inactivitate forțată poate însemna doar timp irosit, dar poate fi și timp folosit pentru împlinirea de sine și dezvoltare personală. Este cunoscut faptul că atât copiii, cât și adulții pot să aprofundeze și să câștige încredere atunci când sunt afectați de un reumatism pe fond cardiac sau dacă sunt imobilizați de o tuberculoză sau un femur fracturat. Dar există riscul ca, atunci când forța simplei contemplări nu se dovedește semnificativă, aceasta să fie mai curând dăunătoare decât productivă.

Adrian Hill înțelege că un bun profesor poate să facă diferența dintre dezmembrare și integrare, prin implicarea sa personală în susținerea intereselor și a activităților artistice. În anumite cazuri, el nu trebuie decât să agațe o ramă de tablou pe peretele de lângă pat, în cadrul căreia diferite materiale tipărite interesante pot fi inserate; în alte cazuri, el organizează activități de desen și pictură; dar întotdeauna urmărește să identifice adevărata contribuție pe care fiecare pacient o poate aduce.

Se pune întrebarea dacă autorul își dă seama că ideea sa, deși originală în anumite privințe, nu este nouă, că mulți alții au avut aceeași idee, pe care au pus-o în practică, deși probabil nu pe o scară largă? Dacă realizează acest lucru, ne bucurăm pentru entuziasmul său și îi dorim succes în cruciada pe care a pornit-o.

Ce legătură au însă toate acestea cu terapia ocupațională? Probabil că răspunsul la această întrebare a fost dat, dar nu în această carte. Aș spune că, în cel mai rău caz, terapia ocupațională este o încercare de a-i face pe oameni să uite de ei înșiși și acest lucru este exact opusul a ceea ce susține Adrian Hill. Unii cred că terapia ocupațională se îndreaptă în mod periculos către un curs de dezvoltare a abilităților, a unui număr imens de abilități, ceea ce este suficient pentru a-i îndepărta de acest curs pe adevărații muzicieni, olari, artiști. Cu toate acestea, desigur că trebuie să existe un

curs oficial și o calificare în domeniu și ar fi un adevărat haos dacă terapia ocupațională ar fi efectuată de către artiști neinstruiți pentru asta.

În timpul războiului, soția mea, ea însăși artist, olar și modelator (lucrând întâi în departamentul de terapie ocupațională de la Spitalul Maudsley, apoi la Mill Hill), a descoperit că modelarea în lut poate fi folosită în scop constructiv, de descoperire a sinelui, în cazul bărbaților și femeilor cu diferite forme de boală psihică. În munca psihiatrică, există nevoia de cooperare strânsă între artist (olar etc.) și psihiatrul care îl îngrijește pe pacient, iar acest lucru nu se întâmplă întotdeauna. Este mai probabil să se întâmple atunci când artistul este calificat ca terapeut ocupațional.

În cel mai bun caz, terapia ocupațională este de fapt exact ceea ce descrie Adrian Hill. Un artist, olar, muzician, sculptor, modelator etc., care în mediul pe care el însuși l-a ales, își asumă dificultatea de a crea o comunicare cu un grup de pacienți cu suferințe locomotorii sau complet imobilizați, și, prin acest contact personal, permite fiecărui pacient să creeze în stilul propriu o punte între conștient și inconștient, o punte în ambele sensuri. Multe se întâmplă, dar principalul element este că pacientul, prin faptul că își descoperă în mod treptat nevoile creatoare și forțele pozitiv integratoare, este ajutat să arunce o privire în lumea sa interioară, să vadă indiferent de ce este acolo, haos, tensiuni, moarte, sau frumusețea și dorința de a trăi.

Ca exemplu de folosire a muzicii, îmi amintesc de o casă de tratament pentru copii reumatici din Warwickshire, în care toți copiii făceau fluiere, cântau la ele, compunând teme originale, astfel încât, orientați de cineva sau nu, să contribuie fiecare la acest efort muzical. Un muzician (care nu era un terapeut ocupațional) făcea parte din personal. Aceasta era o experiență extrem de bogată pentru copii și, nu întâmplător, faptul că toți au devenit mai târziu muzicieni. Ar fi, desigur, neplăcut să fii forțat să devii muzician doar pentru faptul că s-a întâmplat să fii internat într-un spital „înnebunit după muzică”.

Radioul poate fi de imens ajutor persoanelor suferinde, și dotat cu un buton pentru schimbarea frecvențelor, Radio Times va fi ușor de prins. Ascultarea diferitelor programe radiofonice poate fi folositoare unui pacient pentru dezvoltarea personală. Pe de altă parte, să fii supus atunci când ești

bolnav la un program ales de către un mecanic din subsolul spitalului, înseamnă „a ți se da o ocupație”, dar concomitent să fii împiedicat în posibilitatea de a te descoperi ori de a te dezvolta.

Această carte poate fi folosită deci, ca o corecție a tendințelor negative (dacă ele există) manifestate în domeniul terapiei ocupaționale și ca un sprijin pentru tendințele pozitive. Din păcate, sintagma „terapie ocupațională” pare să distragă atenția, de la o experiență care te dezvoltă - către fabricarea unui obiect care să fie arătat în ziua de vizită.

66

Terapia comportamentală

O scrisoare către editorul lui Child Care News, iunie 1969, răspunzând unui articol care susținea folosirea terapiei comportamentale în tratarea copiilor inadaptabili

Dragă editor:

Terapia comportamentală

Fără îndoială că articolul lui Carole Holder referitor la terapia comportamentală (Child Care News, mai 1969, nr. 86) ar putea fi comentat apreciativ. Pentru a putea face un astfel de comentariu, cineva ar avea nevoie să se situeze pe o poziție diferită de aceea din care eu deopotrivă trăiesc și lucrez. Este important pentru mine să am oportunitatea să aduc la cunoștința numeroșilor mei colegi că doresc mă disociez de modul de a prezenta lucrurile (de tendința) acestui articol. Aș dori să merg mai departe și, oricum, să încep să spun de ce doresc să o înlătur.

Ar putea fi o idee bună să prezint această expunere despre terapia comportamentală în fața asistenților sociali care se oferă, sau care sunt selectați și instruiți pentru a lucra cu cazurile în speță.

Nu poate fi decât folositor să reamintim că sistemele morale autohtone se stabilesc nu doar pe baza

exemplului personal, ci și prin bătaia la șezut și prin sancțiuni. Suntem oare pe cale să uităm acest fapt simplu, având în vedere că o mare parte din munca noastră (cazurile cu care lucrăm) rezultă din *eșecul* terapiei comportamentale ca practică privată sau în instituții?

Aș putea pretinde că mi-am câștigat dreptul de a protesta, din moment ce nu am acceptat niciodată termenul de “inadaptat”, care a fost importat de peste Atlantic în anii douăzeci ca parte a Child Guidance Package Deal. Un copil inadaptat este un copil la ale cărui nevoi cineva nu a reușit să se adapteze într-o etapă importantă a dezvoltării lui sau a ei.

Imaginați-vă un grup de asistenți sociali formați pe principiile terapiei comportamentale. Un astfel de grup va fi completat în curând (prin autoselecție și selecție) de către aceia care adoptă în mod normal atitudinea specifică terapiei comportamentale. Instruirea nu ar face decât să întărească automatismele și să rigidizeze pattern-urile comportamentale, deja fixate (în manieră comportamentală).

Aceasta ar fi cu siguranță o cauză pierdută, întrucât acești oameni pe care îi descriu prin cuvinte ca „automatism” și „rigiditate” *nu vor ști* nimic că există un alt fel de asistență socială, una care este orientată spre înlesnirea proceselor de dezvoltare; ei *nu vor ști* nimic despre rolul benefic al conținerii tensiunilor și al stresului indivizilor sau grupurilor și nici de cel al acordării răgazului pentru vindecare; ei *nu vor ști* că de fapt viața este dificilă și că doar lupta personală contează, cea care face individul să simtă că viața merită trăită.

Articolul lui Carole Holder arată clar că este posibil să privești viața într-un mod extrem de naiv. Problema este că aceasta uimitoare suprasimplificare a ceea ce înseamnă asistența socială trebuie să-i sensibilizeze pe aceia de care este nevoie pentru a susține acest domeniu din punct de vedere financiar. Terapia comportamentală, ca metodă, poate fi cu ușurință susținută în fața membrilor comitetelor de sponsorizare, care la rândul lor o vor propune membrilor consiliului municipal, a căror pregătire este realizată în alte domenii. Vor exista întotdeauna unii care să pretindă că au avut beneficii când tatăl lor le impunea moralitatea în familie, sau când un profesor sever, la școală, i-a

făcut să sufere pentru că erau leneși sau furaseră. *Acestea sunt lucrurile în care oamenii sunt obișnuiți să creadă.*

Din păcate, și medicii și asistentele, în general, trebuie incluși aici datorită faptului că profesia lor este bazată pe o suprasimplificare esențială: boala este deja prezentă și sarcina constă în a o înlătura. Dar natura umană nu este ca fiziologia sau anatomia, cu toate că se fundamentează pe acestea, iar medicii sunt din nou (prin autoselecție, selecție și pregătire) neadecvați pentru a face munca asistentului social, adică să cunoască, să conțină și să creadă în conflictualitatea și în suferința umană, ceea ce înseamnă să tolereze simptomele ce fac dovada unei profunde neajutorări.

Asistenții sociali au nevoie în prezent să înțeleagă conținutul muncii lor tot timpul; ei au nevoie să înțeleagă când trebuie să se lupte pentru a fi lăsați (și plătiți) să rezolve lucrurile dificile și nu pe cele simple; ei trebuie să găsească sprijin acolo unde acesta poate fi găsit și nu să-l aștepte din partea administrației, a contribuabililor și a plătitorilor de taxe, sau din partea altor figuri parentale în general, ca reprezentante ale autorității. În realitate, în acest cadru concret, asistenții sociali trebuie să fie ei înșiși figurile parentale, siguri pe propria atitudine chiar și când nu au susținere, sau atunci când se află în poziții neobișnuite și frecvent întâlnite, cum ar fi recunoașterea dreptului de a fi extenuați în exercitarea sarcinilor lor, care trebuie să primeze în fața de seducției unui mod facil de inducere a conformismului.

Pentru Terapia Comportamentală (am scris-o cu litere mari pentru a o transforma într-o Ființă și astfel, a o putea omori) există o cale ușoară de rezolvare. Tot ce trebuie făcut este ca terapeuții să cadă la un acord asupra moralității. Este rău să-ți sugi degetul, este rău să uzi așternuturile, este rău să faci dezordine și să furi și să spargi ferestre. Este rău să-ți sfidezi părinții, să critici regulamentele școlare, să vezi greșeli în curriculumul universitar, să urăști perspectiva unei vieți pe bandă rulantă, sau să te temi de perspectiva unei vieți condusă de computere. Este liber oricine să aibă o listă personală de lucruri bune și rele, iar acest lucru este valabil chiar și pentru un grup de comportamentaliști, cu sisteme morale mai mult sau mai puțin identice, nu pentru a se reuni și a stabili demersul de tratare a fiecărui simptom.

Desigur că se vor înregistra eșecuri în această terapie, dar vor fi și numeroase succese- și copii pe cale de a spune: ”Sunt atât de fericit, nu mai fac pipi, datorită Doamnei Holder, sau unui aparat cu sonerie, sau altui „modelator de răspunsuri”. Tot ce trebuie făcut pentru a le obține este ca terapeutul să exploateze faptul că ființele umane sunt un fel de animale cu o neurofiziologie ca aceea a șoarecilor sau a broaștelor. Ceea ce este omis aici constă în faptul că ființele umane, chiar și cele cu un nivel al inteligenței destul de scăzut, nu sunt animale. Ele se deosebesc în multe privințe de animale.

Personal, aș considera terapia comportamentală ca pe o insultă chiar și pentru cele mai inteligente maimuțe și aș include și pisicile în această categorie.

Este trist că nu sunt suficienți asistenți sociali și că nu vor fi niciodată în număr suficient. Este, mai departe, și mai trist să gândești că poate ultimul paragraf al Doamnei Holder este tipul de argument utilizat de cei ce conduc departamentele pediatrie pentru a justifica utilizarea acestei “profitabile și sensibile metode” de îngrijire a copiilor, concepută pentru a transforma destinatarii neastâmpărați într-unii buni.

Evident că e o nouă provocare pentru mine să răspund sub această formă. Vreau să ucid Terapia Comportamentală ridiculizând-o. Naivitatea sa ar trebui să rezolve problema. În caz contrar, atunci trebuie să fie război - și va fi unul asemănător politic, între dictatură și democrație.

Cu sinceritate,

Dr D. W. Winnicott

Termenul de “tulburare psihosomatică” este de uz curent. Publicul înțelege destul de bine tipul de boală la care oamenii sunt predispuși în număr mare și care nu reprezintă o simplă disfuncție a organismului, ca scarlatina sau apendicita, ea fiind parțial sau în totalitate în legătură cu afectivitatea individuală. Se acceptă în general că viața este dificilă, iar aceste dificultăți pot conduce uneori la o distorsiune a modului de funcționare a psihicului, iar alteori la tulburarea modului de funcționare a organismului.

De îndată ce se încearcă o abordare a tipurilor variate de afecțiuni psihosomatice care pot să apară, se descoperă un domeniu vast, iar o descriere a tulburărilor psihosomatice nu ar putea fi realizată decât într-o lucrare voluminoasă cu contribuția mai multor autori. Mai mult, tulburarea psihosomatică e o parte a problematicei universale a interacțiunii normale dintre psihic și soma, mai exact dintre personalitatea individului și corpul în care ea se află.

Dacă am face un fel de clasificare în scopuri pur teoretice, am spune că există trei moduri semnificative în care mintea poate afecta corpul; înainte de a le enumera, aș dori să precizez că atunci când utilizez termenul „minte” nu mă refer la procese psihice separate, ci la tot ce înseamnă acea persoană, exceptând corpul.

1. *Fazele excitării*

Modul cel mai evident în care corpul este afectat are legătură cu fazele excitării. Un individ devine excitat periodic: mai precis, într-un mod sau în altul instinctele se trezesc. Nu are importanță despre ce fel de instinct este vorba, odată ce el a fost trezit, indiferent dacă datorită ritmului interior sau ca reacție la stimuli din exterior (reali sau închipuiți), corpul intră într-un proces care, în termeni de fiziologie, înseamnă că trebuie să se realizeze descărcarea prin satisfacere: foamea ce conduce la actul de a mânca; un anumit tip de senzații care conduc în mod natural la o activitate excretorie;

¹⁵⁸ În revista *Psychotherapie* (Iunie 1969)

excitarea sexuală care se poate descărca prin orgasm genital; sau o acumulare de impulsuri agresive care poate conduce la o luptă. În mod natural, unele dintre aceste treziri fiziologice, pot fi mai ușor satisfăcute decât altele, dar principiul este același: odată ce excitația a apărut, atunci persoana la care ne referim trebuie să reușească fie să satisfacă nevoia (merge și mănâncă un măr), fie să treacă prin stadiul în care corpul trebuie să suporte transformările datorate reținerii de la satisfacere. Somnul constituie un exemplu, prin care experiențele trecute pot fi refulate, sau chiar satisfăcute prin intermediul unui vis.

În fazele timpurii ale excitării atunci când o modificare fiziologică e asociată cu o reprezentare anume a excitației, individului îi e relativ ușor să se descurce, până ce excitația și efectele ei sunt sau stins. Oricum, va fi ușor de înțeles că cu cât o cantitate mai mare de excitație continuă să existe în organism, cu atât îi va fi mai greu individului să se adapteze la situația de nerealizare a descărcării. Viața constă în mare parte din gestionarea acestor descărcări nerealizate, iar ele pot produce atâta tensiune, încât oamenii vor încerca să le sublimeze atât cât este posibil, astfel ca, pentru o perioadă lungă de timp, excitarea să nu crească. Aceasta poate fi o cale convenabilă, dar desigur că utilizată des, poate deveni plictisitoare.

Oricine poate scrie o carte intitulată: "Metode de a trăi", care s-ar vrea o descriere a modurilor în care a învățat să se adapteze pentru a evita începuturile excitărilor și, alternativ, a afla o cale prin care excitațiile să se descarce.

Poate că aceasta e una dintre dificultățile la care existența îl supune pe individ, și a cărei soluție nu poate fi învățată, cu toate că oamenii sunt ajutați de cunoașterea faptului că problema este inerentă vieții.

2. Efectele dispoziției

În moduri diferite, corpul este legat de dispoziția afectivă. În depresie, persoana depresivă controlează conflictul care ia naștere în ceea ce ar putea fi denumit „minte”, printr-un supracontrol. Acesta se întoarce asupra propriei persoane ca o umbră. Organizarea realității interne, care dă

sentimentul depresiei, se realizează inconștient chiar fără nici o intenție în acest sens. La fel de repede se ridică umbra când vine momentul pentru acest lucru. Acest supracontrol poate afecta corpul, iar în anumite tipuri de depresie întreaga fiziologie a organismului este defectuoasă. Țesuturile sunt mai puțin vii și mai aproape de încetarea funcționării. Iată o categorie de boli psihosomatice care, în consecință, nu prea răspund la tratamentele noastre fizice. Important este că persoana ar trebui să fie ajutată în timpul stării depresive. În această perioadă, conflictul dintre ceea ce ar putea fi numit “bun” și “rău”, care are loc în interior, poate fi exprimat dramatic în termeni corporali, acesta fiind motivul pentru care există numeroase plângeri legate de durere și disconfort în această perioadă și, dacă există simptome ale vreunei afecțiuni fizice, ele pot fi folositoare. Aceasta constituie o dificultate evidentă pentru medici, deoarece în aceste cazuri medicul fie este distras de la înțelegerea adevăratei boli, fie cade cu prea mare ușurință în tratamente fizice și măsuri operative, când adevărata problemă ține de psihicul pacientului și nu de soma.

Trebuie reținut că starea depresivă tinde să se asocieze cu un tonus muscular slab sau cu o încordare și o rigiditate compensatorii. Similar posturii defectuoase (exterioare), realitatea internă se caracterizează printr-o stare de neajutorare. În administrarea tratamentului, fizioterapeutul se luptă în permanență cu senzația de moarte internă a pacientului.

3. Tulburarea personalității

În al treilea grup al acestei clasificări mai degrabă forțate, există o tulburare a personalității, ce ține de stadii mai primitive, ce nu poate fi descrisă fără o anume prezentare a modului în care oamenii se dezvoltă de la începutul vieții lor și în care ei devin, în cele din urmă, persoane sănătoase psihosomatic. În continuare, vom face o astfel de prezentare.

Prezentarea fazelor dezvoltării timpurii

Este important pentru fizioterapeut să înțeleagă aceste aspecte pentru a se putea descurca în astfel de cazuri. Altfel spus, în tratarea persoanelor din această a treia categorie, îngrijirea fizică se combină

cu întreaga gamă de îngrijiri naturale pe care cele mai multe mame sunt capabile să le dea unui bebeluș. Spun unui bebeluș, deoarece mă refer la aspecte care țin de începuturile vieții; așa cum fiecare bebeluș din aceste stadii timpurii va fi un copil unic, la fel de adevărat este că în fizioterapie este necesar ca pe parcursul tratamentului să i se acorde pacientului întreaga atenție. Doresc să menționez astfel legătura strânsă care există între terapia fizică a bărbaților și a femeilor de orice vârstă și îngrijirile timpurii pe care o mamă este în măsură să le dea bebelușului său. De fapt, pregătirea unui fizioterapeut ar trebui să includă observarea directă a acestui tip de îngrijire pe care mama îl oferă instinctual bebelușului său.

Formarea personalității

Odată precizate aceste lucruri, nu mai este dificil pentru nimeni să înțeleagă că felul în care se prezintă o persoană la un anumit moment nu poate fi evaluat corespunzător fără a ne referi la întreaga sa dezvoltare, încă de la începuturi. Nu putem ști cu certitudine la ce vârstă trebuie să ne gândim că începe să existe personalitatea, dar cu siguranță nu dăunează în nici un fel să credem că bazele personalității s-au pus deja în momentul nașterii. Tindem să considerăm începutul ca pe o sumă de mai multe începuturi - și astfel să evităm problema datelor precise. Ceea ce se întâmplă în primele zile și săptămâni de viață ar putea fi, desigur, corectat. Dar dacă s-au pus bazele unui *pattern* anormal, cine ar putea spune exact în ce moment al dezvoltării s-a întâmplat acest lucru?

În descrierea care face o schiță a dezvoltării personalității umane, a fost nevoie ca numeroase aspecte să nu fie luate în considerare, dar cele esențiale pentru fizioterapeut au fost păstrate.

Noua ființă umană, adusă pe lume și potențial înzestrată, va fi imediat influențată de tipul de îngrijire care i se va acorda. În marea majoritate a cazurilor, mama este în măsură să înceapă să relaționeze cu copilul într-un mod satisfăcător, deoarece ea este orientată doar către acest scop, și anume îngrijirea bebelușului pe care l-a purtat în pânțe în cele nouă luni. În curând, ea va fi atrasă și spre alte lucruri, va începe să descopere iarăși că există pe lume și altceva important în afară de a fi mama bebelușului. Sau este posibil ca ea să se îmbolnăvească ori din alte motive să fie

împiedicată să se dedice îngrijirii permanente a acestuia. În concluzie, în marea majoritate a cazurilor, noului bebeluș i se acordă încă de la început o bună îngrijire fizică, printr-o combinație a îngrijirilor fizice propriu-zise cu cele emoționale, ceea ce face lipsită de importanță distincția dintre psihic și soma în această etapă.

E o suprasimplificare utilă să spui că pentru un bebeluș care și-a început viața astfel este puțin probabil că mai târziu ca individ să aibă nevoie de un fizioterapeut (făcând abstracție de rolul fizioterapiei în tratarea bolilor cu cauze determinate). Dimpotrivă, fizioterapeutul va fi într-adevăr necesar în cazul în care copilul, ca bebeluș, a trecut prin experiența unei deficiențe în îngrijire, cu efecte traumatice. În aceasta situație extremă, este puțin probabil că medicul ar putea, în etapele ulterioare, să suplinească o deficiență de asemenea proporții, dar o încercare în acest sens va fi făcută adesea.

Este necesar să luăm ca principiu de bază tendința biologică către creștere și dezvoltare existentă la fiecare individ, încă de la naștere. În condițiile unui mediu suficient de bun, individul poartă în el tendința către integrarea personalității. În afara stării de relativă neintegrare, fiecare bebeluș (băiețel sau fetiță) tinde să devină o unitate și, în plus, una autonomă. La început, mama este cea care, prin propria unitate și cu protecția și suportul său, îi dă copilului sentimentul că este o persoană întreagă, treptat el ajungând să fie și să rămână o unitate (diferită de mamă) și când se separă de ea. Din acestea se poate înțelege cu ușurință că în stadiile timpurii ale dezvoltării există o mare dependență, aproape absolută la început, și că cel mai dificil lucru în îngrijirea unui copil este eșecul treptat al mamei în adaptarea la nevoile copilului, care trebuie să vină în întâmpinarea tendinței naturale de creștere și dezvoltare către un mod de viață propriu.

Aceste lucruri nu pot fi învățate, tot așa cum ele nu pot fi făcute de o mașină. Ele depind în întregime de dragostea și înțelegerea umană și de tot ceea ce poate fi reunit și descris prin cuvântul “dragoste”. Se poate spune referitor la psihoterapie și fizioterapia, care este parte din psihoterapie, că terapeutul îi dă pacientului, într-un mod profesionist și la un moment ulterior, exact ceea ce este dat în mod normal, din dragoste, în stadii mai timpurii.

Mai există un aspect al integrării și al procesului general de creștere și dezvoltare care îl preocupă în mod special pe terapeut. Acesta are legătură cu relația dintre personalitate și corp în copilărie. Nu este ușor să găsești cuvintele potrivite pentru a descrie acest proces. Nu e clar cum să numim această parte a personalității care, în cazul normalității, devine strâns relaționată cu corpul și cu funcțiile sale, dar care este nevoie să fie considerată în mod separat. Ar putea fi cuvântul „psihic”, dar acesta poate sugera cititorului ceva ce are legătură cu spiritul său, chiar cu spiritualismul. Cu siguranță nu putem utiliza nici cuvântul „minte”, la care se recurge când ne referim la capacitățile intelectuale și la a fi inteligent sau prost, pentru că în acest caz e ca și cum gândirea și a gândi ar avea un fel de existență separată de restul proceselor psihice.

În folosirea termenului “boală psiho-somatică” aceste dificultăți nu apar, pentru că într-un fel sau altul știm că vorbim despre interrelația dintre funcționarea corpului și aceea a personalității (nu despre intelect).

Unii ar spune că psihicul și soma (mai precis, personalitatea și corpul care împreună reprezintă persoana) nu sunt de la început o unitate. Ele formează această unitate *dacă totul merge bine în procesul de dezvoltare al celui individ*; iar asta înseamnă realizare. Nu putem sub nici o formă să luăm de bun faptul că în toate situațiile psihicul și somaticul bebelușului vor ajunge să funcționeze ca o unitate, cu copilul integrat în corpul său și corpul funcționând pentru plăcerea copilului.

Integrarea se referă la copil și la corpul său, adică la ceea ce avem în vedere când vorbim despre copil. Când spunem: „Billy are un chip plăcut”, nu înțelegem că aici există o față drăguță, uitând că există o persoană căreia îi aparține acea față. Sau când spunem: „Susan, vino aici!”, nu uităm că Susan are nevoie de corpul său fie ca să facă ceea ce îi cerem, fie ca să se îndrepte în direcția opusă. Luăm toate aceste lucruri ca adevărate fără a ne gândi la ele, excepție făcând situația în care unitatea psihic-soma nu funcționează adecvat.

Cu toate că tendința către dezvoltare la care mă refer este înnăscută în orice băiat sau fată, nu este mai puțin adevărat și că dezvoltarea se poate realiza doar dacă persoana care îngrijește bebelușul este capabilă să-l manevreze (*handling*) pe el împreună cu corpul său, ca și cum cele două ar forma

o unitate. Există unele mame, sau persoane care îngrijesc copii, care au un bun contact cu el ca persoană, dar care par incapabili să înțeleagă ce simte bebelușul sau de ce are nevoie. În mod similar, există alții care știu din instinct cum să-l îngrijească fizic, dar care par să ignore faptul că în corpul pe care ei îl îmbăiază și îl curăță se află o ființă umană fiind. Când cei ce îngrijesc un bebeluș sau un copil mic au acest tip de dificultăți ei înșiși, atunci acest copil nu se poate integra într-o unitate. În această situație, sunt puse bazele pentru o scindare a psihicului de soma. Forțele innăscute ce tind către integrare presează în realizarea unității, dar reușesc doar într-o măsură relativă acest lucru, și pentru copil este probabil ca în acest caz să piardă abilitatea simplă de a trăi ca unitate psiho-somatică. Acesta este motivul pentru care studentul fizioterapeut poate învăța atât de mult din simpla observare a îngrijirii copiilor mici, la care se adaugă amintirile refulate, dar încă active, ale fizioterapeutului, din perioada în care era îngrijit la rândul lui ca bebeluș.

Ne-am putea întreba în continuare care este rolul fizioterapeutului în corectarea acestor erori? Probabil că psihoterapeutul este cel cu adevărat necesar, sau personalul calificat, în cazul în care în perioada de început a copilului mama sau un substitut al său, stabilea o relație mai degrabă cu corpul și nu cu persoana bebelușului. Sau s-ar putea ca *fizioterapeutul* să fie cel care să intervină acolo unde în istoria timpurie, deși a existat un bun contact ca bază a comunicării între oameni, a existat și un grad scăzut de recunoaștere a nevoilor fizice. Subliniez, fizioterapeutul acționează cu profesionalism cumva în felul îngrijire cu drag din perioada managementului timpuriu.

Dar dacă fizioterapeutul ar uita că pacientul este o persoană, și că îngrijirea corpului constituie doar jumătate din sarcina lui?

Ar putea fi surprins să afle cât de importantă devine relația interumană atuncicând ceea ce fusese învățat despre tehnică este pus în practică. Ca în toate terapiile, fizioterapeutul ajunge să trăiască un fel de relație temporară și specială, de dependență, iubire, suspiciune și chiar ură, adică ceea ce psihanalistul numește „transfer”. Psihanalistul chiar utilizează acest „transfer” în cea mai mare parte a terapiei, dar această relație se poate regăsi și trebuie acceptată ca o dezvoltare naturală și atunci când corpul este cel valorizat sau, din contra, ignorat. Întotdeauna este important ceea ce faci,

pentru că ești om, nu mașină. Este bine să reamintesc acest lucru ca principiu de bază, care să se regăsească în toate tehnicile de specialitate învățate de discipolul fizioterapeut.

Când discutăm despre copiii mici ne așteptăm ca părinții să ne poată povesti despre multe din lucrurile care le plac în mod special copiilor lor, poate baia sau cuibărirea în pat, sau să fie ridicați în brațe, sau joaca de-a avionul. Toate acestea și contactul fizic pe care ele îl implică aparțin vieții părinților și copiilor și fizioterapeutul nu ar trebui să fie surprins să afle că o mare parte din ajutorul profesionist din instituții, este făcut în termeni de contact uman și de comunicare de altă natură decât cea fizică. Chiar și când contează pe cineva să fie acolo la timp, sau să asigure o cameră încălzită și în care să nu fie curent, poate fi o comunicare de tipul: ”Îți cunosc nevoile de bază.”

Un exemplu de deficiență extremă, în fața căruia este pus fizioterapeutul sau fizioterapeuta, îl reprezintă *holding*-ul și *handling*-ul defectuoase, chiar și cele mai simple. De exemplu, când o mamă care prin identificare cu bebelușul său (simțind ceea ce simte bebelușul) este capabilă să-l țină într-un mod natural, bebelușul nu va simți că ar fi format dintr-o sumă de părți. El este o burtică împreună cu un piept și are membre - dar mai un cap - “lejer prinse de trunchi”. Toate aceste părți sunt “adunate” laolaltă de mama care ține copilul și în mâinile ei acestea formează un tot. În ținerea defectuoasă a copilului, părțile rămân separate între ele. Un exemplu extrem de *handling* defectuos ar fi atunci când mama nu cuprinde și capul copilului și, din această cauză, e ca și cum el are două părți: corpul și capul. Asta îi produce bebelușului cea mai intensă suferință psihică. Dacă acest tip de *handling* defectuos se întâmplă cu regularitate în pattern-ul de îngrijire a unui copil, vor apărea efecte profunde și ar putea ajunge să consulte un fizioterapeut pentru rigiditate în regiunea gâtului, de exemplu. În orice caz, atunci când fizioterapeutul întâlnește astfel de situații, cum ar fi probleme la coloana vertebrală, *acestea nu au de-a face cu boala fizică* ci pot fi legate de o istorie individuală de *handling* și *holding* defectuos în stadii timpurii când psihicul și soma nu deveniseră încă o unitate.

Aceasta este limita unor astfel de teorii. Desigur că nu ne-ar ajuta să încercăm să culpabilizăm pe cineva pentru ce s-a întâmplat în trecut. Cu toate acestea, este mai ușor să lucrezi dacă etiologia

bolii poate fi înțeleasă într-o oarecare măsură, cu atât mai mult atunci când, așa cum se întâmplă în fizioterapie, intervenția profesionistă este adesea o încercare intenționată de a-i oferi pacientului ceva care este făcut în mod natural și inconștient de către aceia care-și îngrijesc copiii, permițând astfel realizarea tendinței biologice de creștere și dezvoltare.

Nu am încercat, în această scurtă descriere, să prezint pe larg teoria dezvoltării individuale sau să construiesc o teorie a fizioterapiei. Ceea ce am încercat prin abordarea acestui subiect deosebit de vast a fost să ofer câteva direcții de gândire foarte mult simplificate pe care fizioterapeutul le poate utiliza în formarea unei atitudini personale față de profesia sa atât de importantă.

Postfață: D. W. W. despre D. W. W.

Ianuarie 1967

În ianuarie 1967, cu patru ani înainte de a muri, Winnicott a fost solicitat să țină o prelegere în fața Clubului 1952 (o asociație a analiștilor britanici de prestigiu care se întâlneau pentru dezbateri informale) pe tema relației dintre teoria sa și formulările preliminare ale acesteia - ceea ce el a ales să numească „D.W.W. despre D.W.W.”. A fost ocazia de a-și revizui în mod cronologic evoluția ideilor sale și de a vorbi despre cei care l-au influențat în diferite stadii ale carierei. Ni se pare potrivit ca această ultimă colecție de lucrări adresate celor interesați în mod special de psihanaliză, să se încheie cu o transcriere a acestei prelegeri.

Winnicott a început seara prin înmânarea unui sumar al discursului său, cu spații goale pe care audiența urma să le completeze așa cum considera potrivit. Acest sumar este reprodus în continuare, fără nici un fel de modificare.

Cuvântarea propriu-zisă este disponibilă astăzi sub forma unei înregistrări de foarte slabă calitate care, împreună cu caracterul foarte informal al discursului, au făcut-o foarte greu de transcris și de

editat. Discursul său maraton a durat mai mult de o oră și jumătate, iar o mare parte a lui este reprodusă aici, inclusiv tot ceea ce Winnicott a spus în mod direct despre sine și despre evoluția ideilor sale.

Editorii

D.W.W. despre D.W.W.

Clubul 1952

Ianuarie 1967

DE THRD CONF ORIGINAL

Metoda de investigație. P-A

Freud

Protest împotriva relației de la

Alice Balint

regresia universală la

Ribble

satisfacția-frustrarea Sinelui în

Suttie

triunghiul oedipian

Lowenfeld

Examinarea pozitivă a relației reale

dintre copil și părinte

Diagnostic Teoria psihonevrozei

Freud

Freud

Klein despre depresie și paranoia

Klein

1940 Delicvența

Furtul

Speranța AST ¹

Agresiunea

Relaționarea cu obiectele

Delicvența

Controlul

Clasificarea mediului (amânată)

mediul a devenit favorizant

Greenacre

P.M.P.

Adaptare, dezadaptare

Dependența

Procesele de maturizare individuală

Bowlby

Ereditatea

Zona liberă de conflicte din Eu

Hartmann

A

Dezvoltarea emoțională primară B

C

Studiul individualității fără pierderea

interesului pentru mediu

Timpuriu nu înseamnă profund

adaug transferul fantasmatic

Little

Adevăratul Eu

Sentimente

Fairbairn

mișcare

Agresiunea obiectul întâlnit

agresiune

= NON-EU întemeiat prin agresiune

Erickson

(devenind complex)

Laing

Căutarea obiectului

Fenomenele tranziționale

Paradoxul esențial

EU SUNT

o poziție paranoidă

Singur, în prezența celui

de-al doilea paradox

Mediul așa cum l-am trăit

adăugare ca amintiri

integrat încrederii în mediu

= autocontrol

Contribuția în paranoia

în EU SUNT + mediul internalizat

mania: întoarcerea reprimatului

adică deprivarea de controlul din partea mediului

identificarea cu mediul

prețul: pierderea identității

a spontaneității creatoare

(Aplicații practice)

Între timp: utilizarea contribuției lui Klein

compară disocierea („clivarea”) cu refularea

Deci stadiul EU SUNT

Integrat unității

capacitate de îngrijorare

dispoziția depresivă Klein

“valoarea depresiei”

În termeni de management: învățarea

capacităților *versus* reparație

față de reparație

În Asistența Socială

Tehnica *holding*-ului

Psihic-soma – relația cu intelectul

Intelectul utilizat

Tulburarea psiho-somatică:

revenire la Eul corporal prin întoarcerea de la
fuga spre intelect

Pacientul psihosomatic clivează tratamentul medical

Două categorii de persoane

- A. Preocupați de “sunt nebun”
- B. Nu chiar așa

Nebun înseamnă prăbușirea apărărilor Eului (existente în acel moment,
incluzând suportul Eului matern) cu manifestarea clinică
a angoasei arhaice sau e negândit

căderea fără sfârșit
dezintegrarea
dezorientarea
depersonalizarea etc.

Panica drept apărare împotriva angoasei de negândit

Axioma lui Winnicott

- A. Spaima de nebunie, nebunia care a fost

B. Calea de reamintire prin rețrăire

Etiologie

Surpriza

Psihozei

Privarea

AST

Deprivarea

Psiho-nevrozei

Tensiunile interioare și

solicitările dintr-un mediu “nu atât de rău”

Conceptul de mamă îndeajuns de bună

Hartmann

Adaptarea mamei P. M. P.

baza pentru identificare

nu mecanică

nu în primul rând prin automatism cf. în autism

Contribuția la conceptul de sublimare

Freud

Trei zone de trăire

A. Realitatea psihică personală (interior)

B. Relațiile cu obiectele

Comportamentul în lumea reală

A. Cultural

Localizat în spațiul potențial dintre

copilul care se joacă singur și “mama” a cărei

prezență este necesară

Implicațiile pentru teoria Eului

Sferă a Eului (o sferă nu fără conflicte)

bazată pe experiențele de viață reale care pot sau nu

să aibă corespondent în realitatea copilului

Teoria actualității

ca proiecție

Dar dependența, în special la stadiul de obiect subiectiv

Exemplu: supraviețuirea obiectului real după agresivitatea violentă

duce la (sau întărește) capacitatea de fantasmare, la ură în locul anihilării

Adaug: excitarea (non-orgasmică) la intersecția dintre

ce este subiectiv și ce este obiectiv

perceput – între continuitate și contiguitate

Note adiționale

Aplicarea acestor idei în:

Practica moșitului

Teoria separării

Comunicarea cu părinții și cu cei ce îngrijesc copiii

Teoria asistenței sociale

Psihoterapia, utilizarea primului interviu

Conceptul de sănătate

bogăția potențialului

faza adultă

sex

maturitate

înțelepciune

Anna Freud

Regresia

Kris

Tristețea adolescenței

Funcționarea familiei

Democrația ca dezvoltare a familiei funcționale

1. Tendința antisocială – EDS

2. Preocuparea maternă primară – EDS

Am înțeles din ce în ce mai mult, odată cu trecerea timpului, cât de mult am pierdut datorită necorelării adecvate a muncii mele cu cea a altor autori. Nu numai că este supărător pentru ceilalți, este în același timp nepoliticos și a însemnat că ideile mele erau izolate și că oamenii trebuiau să depună mult efort pentru ca să mă înțeleagă. Acesta este temperamentul meu și este o mare greșeală. Lăsați-mă să fac o paranteză, pentru a vă spune că am făcut câteva însemnări. Acestea prefigurează oarecum ceea ce urmează să vă comunic. Aceste note nu sunt în forma finală, nici măcar corectate, așa că nu au o importanță prea mare. Dar m-am gândit că, dacă aveți ceva de scris, poate ați fi dispuși să notați numele lui Hartmann și Hoffer, vedeți, în colțul acela al schemei mele. În partea dreaptă am lăsat loc pentru a putea să scrieți toate numele la care vă gândiți, astfel încât să mă puteți ajuta, întrucât în prezent mă apropiez de stadiul în care chiar aș dori să îmi corelez mai bine teoriile cu cele ale altora. Pe de altă parte, și pentru mine, ca și în cazul altora, dezvoltarea gândirii a avut loc într-o direcție care are legătură cu maturizarea și, dacă se întâmplă să se asemene ce scriu cu teoriile altora, aceasta se datorează faptului că toți avem același subiect de interes.

De fapt, seria de lucrări care au însemnat ceva pentru mine reprezintă continuarea a ceea ce s-a întâmplat în lunga mea analiză de zece ani cu domnul Strachey, în timpul căreia am avut o serie de vise. Nu mi-l amintesc pe nici unul dintre acestea, dar ideea este că știam că alții scriseseră pe aceeași temă. Mai știam și că visele mele erau diferite de celelalte. Nu erau legate de analiză, ci reprezentau o consolidare a ceea ce făcusem până atunci. Întotdeauna am spus că dacă ar fi să o iau de la capăt, le-aș fi pus pe hârtie pentru a le avea mai târziu, dar, evident, nu am făcut asta niciodată. Dacă ai începi prin a face asta, nu ai mai visa. Așa că, după finalul fiecărei analize, acestea iau forma lucrărilor pe care simțim că trebuie să le scriem - și este extraordinar faptul că poți găsi oameni interesați de ele. Identific aici un fel de compulsie; dacă aș putea realiza aceasta bine, aș putea vorbi despre o minunată oportunitate.

La început – probabil ceva similar li s-a întâmplat tuturor din această sală - de cum l-am descoperit pe Freud și metoda sa de diagnostic și tratament, am mers pe această linie. A fost la fel ca în timpul școlii, când l-am descoperit pe Darwin și am realizat imediat că este pe gustul meu. Am simțit asta foarte intens și presupun că dacă aș studia ceva *nefreudian*, ar fi tot în sensul a ceva ce m-ar interesa. Nu mă deranjează dacă nu e freudism, pentru că pur și simplu cred că Freud ne-a lăsat metoda sa pe care o putem folosi și nu are importanță spre ce ne conduce, important este că ne *conduce* către ceva. Este un mod obiectiv de a analiza lucrurile și este potrivit pentru cei care pot să facă *asta* fără idei preconcepute, ceea ce într-un fel este chiar definiția științei. La început, eram în situația de a aplica psihanaliza ca pediatru cu o foarte mare experiență în a asculta oamenii vorbind despre bebeluși și copii de toate vârstele, și având o mare dificultate în a putea în vreun fel să văd bebelușul ca persoană. Doar datorită psihanalizei, am ajuns treptat să fac acest lucru. A fost cu adevărat cea mai importantă realizare a mea în primii cinci ani de analiză. Acesta este motivul pentru care sunt atât de înțelegător cu toți pediatrii sau cu oricine altcineva care are aceleași dificultăți de a vedea bebelușul ca persoană, pentru că și mie îmi era imposibil să o fac, indiferent cât aș fi încercat. Deci așa se face că am devenit interesat de toate.

Când am început să învăț ceea ce era de învățat despre psihanaliză, am descoperit că, la acea vreme, orice ne era prezentat în termeni de Complex Oedip și de regresie datorată lui, la doi, trei și patru ani. Era foarte supărător pentru mine, ca o persoană care văzuse atâția bebeluși – sau mame și bebelușii lor – timp îndelungat (cam zece, cincisprezece ani) să învețe aceste lucruri, din moment ce știam că am văzut o mulțime de bebeluși care se îmbolnăveau, iar pentru mulți dintre ei acest lucru se întâmpla foarte devreme. De exemplu, am avut multe experiențe de tipul celei de săptămâna aceasta, când niște părinți foarte normali și inteligenți au venit la mine pentru o problemă a fetei lor de 22 de luni. Acest bebeluș dezvoltase, la vârsta de 16 luni, o foarte bine organizată nevroză obsesională. Părinții m-au întrebat: ”Ei bine, ce este de făcut ?” și am putut să le răspund pe baza teoriei psihanalitice: “Ar trebui să faceți asta.” Și așa au făcut, construcția obsesională a copilului a cedat și el a mers mai departe. Acesta este un exemplu de aplicare directă și absolută a teoriei. Este un lucru atât de firesc să spun asta astăzi, dar cred că în 1935 s-ar fi lovit de obiecția: „Dar nu poate fi adevărat”. În acea vreme nu exista un public pentru astfel de afirmații datorită faptului că pentru a avea o nevroză obsesională, copilul ar fi trebuit să fi regresat ca urmare a dificultăților datorate complexului Oedip de la 3 ani. Știu că exagerez acest aspect, dar mi-a dat întotdeauna o direcție de urmat. Mi-am promis că o să le demonstrez că de fapt copiii mici pot fi bolnavi de la vârste timpurii și că dacă teoria nu ține cont de acest lucru, atunci ea trebuie adaptată. Și așa s-a și întâmplat. Iar acum aflu că alți autori vorbeau despre aceste lucruri înainte ca eu să fac asta. De exemplu, sunt îngrozitor de ignorant în privința a ceea ce făcea domnișoara Freud înainte de a veni în această țară. După aceea, am văzut-o acumulând experiență în cadrul Asociației Asistentelor de Război, ceea ce cred că a schimbat-o profund. Superviza activitatea care se desfășura și cred că acest lucru a influențat-o, făcându-mi plăcere să îi observ evoluția. Cred că a avut o imensă contribuție la psihanaliză, însă în acea perioadă nu știam ce realizase înainte de asta. Știu de asemenea că și Alice Balint a fost interesată de problemele despre care vă vorbesc. Au mai fost și alți autori care, fără a fi analiști, le-au abordat, ca de exemplu Suttie și Margaret Lowenfeld,

care aveau o semnificativă experiență legată de mame și bebeluși, încă de la începutul anilor 20. Și trebuie să o mai amintesc și pe Merrill Middlemore.

Acum, în privința psihonevrozelor, cred că teoria lui Freud și modul său de gândire, atât cât am putut treptat să le aprofundez, acoperă acest subiect. Și, din câte știu, nu am adus nimic nou în această privință. După cum probabil cunoașteți, între 1930-1940 am fost foarte mult influențat de teoria și practica doamnei Klein, care a făcut efortul să mă ajute în munca mea cu cazuri și să mă inițieze cu privire la propria ei activitate. Am fost influențat de o mare parte din ideile sale, pe care le-am crezut originale, fără a înțelege însă întotdeauna cum a ajuns la anumite concepții teoretice. Am devenit mai puțin entuziast odată cu subiectul localizării fantasmei în interiorul pacienților, adulți sau copii. Doamna Klein nu a apreciat ceea ce am spus, susținând contrariul. Din punctul meu de vedere, se știa despre realitatea internă și despre fantasme și reverii de la Freud, dar ea a fost cea care a evidențiat importanța localizării a tot ceea ce se petrece între acțiunile de a mânca și a defeca, și că are legătură cu interiorul corpului. Simt că ea m-a învățat toate acestea, fără de care nu aș fi putut să fac psihanaliză cu copiii, și nu aș fi putut să împiedic, prin a-i spune unei mame ce să facă pentru copilul său, ca acesta să devină grav nevrotizat.

Ce s-a întâmplat atunci când m-am trezit din acest entuziasm? M-am simțit complet depășit de lunga controversă care începuse în timpul războiului și care distrugea complet toate întâlnirile cu caracter științific, în timp ce participanții se luptau pentru apărarea ideilor doamnei Klein. Trebuia să se întâmple și asta, dar eu nu m-am implicat în aceste dispute prin susținerea vreunei părți. Nu înțelegeam rostul lor și le evitam pe cât posibil. Chiar și acum îmi este greu să le înțeleg utilitatea. Dar, în acea perioadă, am început să fiu interesat de mediu și simțeam că acest interes mă putea conduce către ceva. Oare cine a scris în acea perioadă despre asta? Nu cred că știu în acest moment. Ideea este că, în acea perioadă, eram în analiză cu doamna Riviere, o bună prietenă a doamnei Klein, și i-am spus analistei mele că scriam o lucrare despre clasificarea mediului, iar ea pur și simplu ar fi vrut să nu fac acest lucru. A fost o întâmplare nefericită, întrucât aș fi putut avea un

câștig imens din primii mei cinci ani de analiză cu doamna Riviere, însă, în schimb, a trebuit să treacă o lungă perioadă de timp până când am putut să-mi revin după reacția ei.

Trecusem printr-o perioadă de zece ani în care făcusem numai psihanaliza copilului, dar experiența mea nu-și găsea o utilitate științifică, pentru că domnișoara Freud nu avea nevoie de ea, argumentând că, și dacă aș fi prezentat un caz, chiar și într-o modalitate clinică, și care să-mi reflecte doar propriile păreri (fără a adera la vreuna din orientări), el tot ar fi păstrat influența kleiniană. Iar doamna Klein nu dorea nici ea acest lucru, pentru că nu făceam parte din școala sa. Așa că a trebuit să renunț să utilizez experiența proprie pentru a-i învăța pe alții și, pentru o perioadă scurtă de timp, a trebuit să am alte activități. Era în timpul războiului și existau cămine pentru copiii dificili, drept care lucrând în Oxfordshire, am ajuns într-un sfârșit să am contact cu copii inadaptabili, pe care în practica mea îi evitasem întotdeauna, deoarece îngreunează orice demers terapeutic. Dacă lucrezi cu trei astfel de copii, trebuie să întocmești rapoarte pentru tribunale și asta elimină posibilitatea de a lucra cu multe alte cazuri interesante, în care ai putea (fără astfel de întârzieri) să obții ameliorări. În cazurile unor astfel de copii, faci doar aceste rapoarte inutile și, de aceea, i-am trimis întotdeauna pe copiii antisociali ajunși în consultație la mine către alte clinici. Și sunt foarte mulțumit că am făcut acest lucru în ultimii douăzeci de ani, din 1923 până în prezent, pentru că mi-a permis să am în terapie un foarte mare număr de copii care puteau fi ajutați în timp foarte scurt. Într-o zi, i-am spus doamnei Riviere: „Există doar o linie subțire între mine și teoria despre delincvență și într-o zi se va întâmpla ceva care-mi va permite să mă separ. Știți, simt că acest lucru este pe cale să se întâmple.” Numai că nu l-am putut realiza cât timp am fost în analiză cu ea, deoarece (nu cred că doamna Klein s-ar fi supărat) psihanalistii erau singurii care, de vreo zece, cincisprezece ani nu luau în considerare mediul, în timp ce toți ceilalți „strigau” că totul avea legătură cu vreun tată alcoolic. Deci întrebarea era cum să redau locul cuvenit mediului, fără a pierde din vedere ceea ce câștigasem din studiul factorilor interni.

Din punctul meu de vedere, m-a ajutat foarte mult faptul că, din senin, în timpul unei lecturi, m-am trezit spunându-mi că actul antisocial al delincventului este datorat unui moment de speranță. Așa

că a trebuit să creez termenul de “tendință antisocială” și să îl asociez cu actul copilului care fura un penny din geantă sau gogoși din cămară, lucruri la care este absolut îndreptățit. Voiam să corelez aceasta cu tendințele ce pot conduce la delincvență. În delincvență, care nu poate fi definită în mod precis, beneficiul secundar a devenit mai important decât cauza originală, care își pierde importanța. Materialul clinic m-a condus însă la concluzia că în spatele tendinței antisociale din orice familie, fie că este normală sau nu, se află deprivarea. Iar rezultatul deprivării este tristețea, neajutorarea sau depresia de un anumit tip, sau poate fi orice altă formă semnificativă de apărare. Îndată ce speranța începe să apară, copilul devine interesat și încercă să ajungă la obiectul pierdut, trecând peste perioada de deprivare. Acesta este un concept important, care mi-a schimbat viața, pentru că am înțeles cum să procedez cu prietenii care își aduceau copiii la mine pentru că manifestau tendințe antisociale, deși trăiau într-un mediu familial normal. Descoperisem asta înainte ca beneficiul secundar să dovedească faptul că nu era ceva dificil de tratat, chiar dacă acest lucru nu era valabil în toate cazurile.

Aceasta cred că este cu adevărat o contribuție și nu știu pe nimeni care să fi spus același lucru atunci, iar dacă există cineva, aș dori să știu.

Din fericire, întotdeauna a trebuit să țin prelegeri – precum toate persoanele de față, cred – dar am constatat că era mult mai constructiv să le țin în fața unor oameni care nu erau psihanaliști. În 1936, Susan Isaacs îmi dăduse sarcina de a ține zece prelegeri timp de un an de zile la Institutul Educației, ceea ce am făcut pentru aproape cincisprezece ani și a însemnat mult pentru mine. La început, trebuia să vorbesc despre reumatismul articular acut și diagnosticarea precoce a durerii, astfel încât oamenii să nu se îmbolnăvească de inimă; dar, totodată, înainte ca febra reumatică să se stingă. Oricum se constatare că jumătate din pacienții trimiși ca reumatici aveau depresie, iar jumătate din cei cu coree nu erau deloc așa, ci sufereau de agitație anxioasă comună. Așa că ne-am concentrat pe aceste aspecte. Doar să le prezinți asistenților sociali, profesorilor, părinților și oamenilor din diferite categorii este un demers de o excepțională importanță. Cineva, parcă un părinte sau asistent social, spunea: „Fii atent, înțeleg toată teoria despre întoarcerea peste o prăpastie, în căutarea

obiectului, dar nu ai descris de ce un alt tip de tendință socială este distructivă”. Și mi-au trebuit trei sau patru ani ca să îmi dau seama de un lucru atât de simplu și anume că sunt două tipuri de deprivare. Una se referă la pierderea obiectului, iar cealaltă se referă la pierderea structurii, a controlului. Într-o anumită măsură, se poate spune că este vorba de pierderea mamei sau a tatălui, dar a tatălui în rolul său parental, și nu în cel de înlocuitor al mamei. Cea mai importantă este structura, tăria caracterului, iar deprivarea trebuie privită în acești termeni. Un lucru foarte complicat se întâmplă apoi, atunci când copilul se dezvoltă satisfăcător și începe să aibă încredere într-o persoană, o structură sau o instituție. Atunci începe să disloce elementele, pentru a se asigura că structura rezistă. Aceasta mi-a arătat că tendința antisocială are două aspecte care îi sunt atașate. Cel de-al doilea aspect care se prefigurează se referă la situația unui copil lipsit de control din partea mediului. Ceea ce îi rămâne să facă este să preia el însuși acest control prin identificare cu poziția parentală, ceea ce duce la o pierdere totală a identității. Acesta este motivul pentru care atunci când controlul din partea mediului începe să fie restabilit și acești copii încep să capete încredere și să cedeze controlul altcuiva, începându-și organizarea din nou, primul lucru pe care ei trebuie să-l facă este să probeze dacă acest control este suficient de puternic. Dacă da, copiii vor fi foarte agresivi. Ai putea chiar spune că au atacuri maniacale – dar important este faptul că, de fapt, ei încep să existe din nou. Iată o idee de extremă importanță pentru înțelegerea diferenței dintre fapt și fantezie, pentru că acești copii descoperă că au distrus lumea de atâtea ori, la fel cum face un copil cu părinții săi în mod normal, și totuși lumea este încă acolo. Astfel, ei încep să înțeleagă că există o realitate fantasmatică ce diferă de realitatea propriu-zisă, iar aceasta este o lecție pe care trebuie să o învețe acum pentru că nu au învățat-o când erau bebeluși.

Se prea poate să fi fost inspirat de altcineva atunci când am dezvoltat această idee originală a mea despre tendința antisocială și speranță, care a fost extrem de importantă pentru mine în practica de clinician. Nu pot niciodată să știu ce am preluat aruncându-mi privirea pe scrierile lui Ferenczi, de exemplu, sau pe o notă de subsol din scrierile lui Freud.

Ajungem la mediul favorizant și la procesul de maturizare. Există ceva ce am preluat, fără să recunosc, de la Greenacre, în special atunci când am dezvoltat teoriile referitoare la procesul de maturizare, ereditate și tendințele care acționează în formarea ființei umane, precum și interacțiunile dintre acestea și mediu. Aici trebuie să menționăm conceptul lui Hartmann de „sferă fără conflicte”, despre care cred că am dreptul să spun (el nu s-a supărat când i-am spus-o) că este legat de tendințele înnăscute. Apoi am descoperit că trebuie să formulez un fel de bază teoretică a contribuției mediului, începând cu adaptarea 100%, diminuându-se apoi rapid în concordanță cu capacitatea copilului de a se folosi de eșecul mamei în adaptare. Acest lucru a fost spus și cu alte cuvinte. Doamna Riviere a subliniat importanța eșecurilor mamei, ca fiind la fel de importante pentru relaționarea față de obiect – ca și succesele și există și alte lucrări în care ideea apare. Dar nu pot să fiu convins să adopt doar conceptul de “simbioză”, pentru că acesta mi se pare prea facil. Este ca și cum se întâmplă în biologie, ca două lucruri să conviețuiască. Cred că acest concept omite acel element extrem de variabil care este capacitatea mamei de a se identifica cu copilul, care cred că este elementul esențial în ceea ce am numit “preocupare maternă primară”. Capacitatea mamei variază de la copil la copil, nu în funcție de temperamentul mamei, ci de experiențele sale și de starea în care ea se găsește în acel moment, iar această direcție de lucru mi se pare mult mai fructuoasă.

Aceasta îmi îndreaptă atenția către dependență și teoriile adaptării. Găsesc ca interesant că investigația prelungită a doamnei Klein asupra conflictelor și proceselor care au loc în copilul mic mi se părea din ce în ce mai dificil de urmărit. Apoi, într-o seară, Fairbairn a venit să discutăm, iar acea seară a fost de nedescris, dincolo de înțelegere, și a avut pentru mine o importanță imensă. Întrebarea era dacă prima introiecție este a unui obiect bun sau a unuia rău – ceva la care nu pot să spun că mă pricep. Pe vremea aceea, teoria lui Fairbairn mi se părea lipsită de valoare. Am înțeles mai târziu că spusese un lucru extrem de important, care mergea mai departe de satisfacția instinctuală și frustrare, către ideea de căutare a obiectului. El și doamna Klein aveau câteva lucruri în comun, dar, pentru multă vreme, nu am realizat acest lucru. Nu m-am implicat în teoriile

doamnei Klein, care se bazează pe conceptul de instinct al morții și pe factorii ereditari care, după părerea mea, sunt subliniați în lucrarea sa „Despre invidie”. Acest lucru nu a contat, pentru că până în acel moment ea își adusese o contribuție atât de semnificativă. Nu eu, ci viitorul va trebui să se pronunțe asupra acestui lucru. Dar puteți observa cum până acum am fost complet absorbit de cuvântul „dependență” și nu am putut să vorbesc despre copilul mic fără să iau în considerație dependența și adaptarea; și, fără a observa că capacitatea mamei de a se dezadapta în ritmul în care copilul său putea să folosească acest lucru, reprezenta un element extrem de subtil ținând de viață, și că sănătatea și boala trebuie uneori gândite în acești termeni. În consecință, nu am mai putut niciodată să comunic în mod corespunzător cu Melanie Klein, dar acest lucru nu a contat pentru că am căzut de acord că avem opinii divergente. Ea avea o minte strălucită și spunea, pe bună dreptate: “Întotdeauna am recunoscut importanța mediului în toate scrierile mele, dar eu vorbesc despre individ”. Destul de corect. Am încercat să spun ceva ce nu-i place și nu știu încă dacă are sau nu dreptate; dar ceea ce spuneau avea de a face cu faptul că la început pare imposibil să vorbim despre individ fără a vorbi și despre mamă, pentru că, după mine, mama sau persoana care îi ține locul este un obiect subiectiv – cu alte cuvinte, nu a fost perceput în mod obiectiv – și, de aceea, modul în care se comportă mama face cu adevărat parte din bebeluș. Și mi se pare că este la fel cum ai încerca să numeri zânele la capătul unui ac de gămălie, să vezi cât de timpuriu poți să te întorci în copilărie vorbind despre ce se întâmplă în copil, excluzând totodată faptul că, la început, mediul face parte integrantă din copil. Cred că dificultatea constă în existența unui paradox, același paradox care apare în fenomenele tranziționale și cu care am încercat să mă familiarizez. Paradoxul este că mediul face și, în același timp, nu face parte din copil. Copilul trebuie, până la urmă, să accepte acest lucru dacă vrea să devină adult. Acest fapt devine evident în teoria fenomenelor tranziționale pentru că, dacă luăm exemplul simplu în care există un obiect tranzițional, știm că nu îl vom întreba pe copil „Ai creat acel obiect sau l-ai găsit?” pentru că știm că aceste două lucruri sunt la fel de adevărate și că nu l-ar fi creat dacă nu ar fi fost acolo; iar acesta este un concept extrem de dificil, până ni se spune că există un paradox pe care trebuie să îl acceptăm. Mi se pare ceva de foarte mare

importanță filosofică, doar că nu se întâmplă să fiu filosof. Are importanță pentru întreaga relaționare cu obiectele, când obiectele pot fi văzute în mod creativ.

Acum, există un lucru de care aveam nevoie și la care nu puteam să ajung, și anume folosirea deplină a conceptului de transfer fantasmă. Acesta este unul dintre elementele cele mai dificile cu care avem de a face în analiză și, dacă e să apreciez, chiar l-am preluat de la altcineva. Dacă Margaret Little nu ar fi fost în stare să clarifice acest lucru, aș fi rămas foarte preocupat, la fel ca mulți alți psihanalisti. Cred că încă mai auziți de persoane incapabile să accepte un transfer fantasmă, care este unul dintre cele mai dificile lucruri pe care trebuie să le facem. Așa că aceasta este acea particică din viața mea în care chiar am preluat de la altcineva, pur și simplu, ca și cum aș fi furat acel lucru din geanta mamei.

Apoi, un lucru important care mi s-a întâmplat a fost recunoașterea faptului că timpuriu nu echivalează cu profund, iar aceasta m-a ajutat foarte mult în tentativa mea de a folosi la maximum pe Klein fără ca să mă împotmolesc. Am realizat dintr-o dată – parcă la Paris – că timpuriu nu înseamnă profund, că unui copil îi sunt necesare timp și dezvoltare până apare profunzimea și că, deci, atunci când te înapoiezi către lucrurile cele mai profunde, nu o să ajungi chiar până la începuturi. Ajungi până la vârste ca 3 ani sau 2 sau 1, iar acest fapt este foarte important pentru mine, pentru că anumite mecanisme care au de-a face cu grupările schizoide par să țină mai mult de faza timpurie și nu de cea de profunzime, în timp ce depresia ia naștere din faza de profunzime și nu din cea timpurie. Și cred că acest fapt are un impact asupra teoriei noastre referitoare la originile agresivității, pentru că eu cred că se poate spune despre agresivitate (referitor la dezvoltarea copilului mic) că reprezintă *mișcarea* copilului – adică erotism muscular – când ceva se întâmplă să îi stea în cale. Pentru mine, acesta este începutul agresivității. Dacă vorbim despre ură, aceasta este situată mult mai departe, iar un episod maniacal este foarte îndepărtat de momentul în care bebelușul dă cu piciorul pentru că ceva îi stă în cale. Așa că am înțeles mai mult despre originile agresivității prin analiza acestor două demersuri de întoarcere către începuturile individului.

O să remarcăți faptul că, întâmplător, există un corolar al acestei situații. Mă îndepărtam de necesitatea unei interpretări verbale în forma sa completă. Am trecut prin lungul proces de interpretare a tot ceea ce credeam că trebuie interpretat, știți, simțindu-mă groaznic că nu puteam descoperi nimic și repezindu-mă asupra unor lucruri pentru că descopeream că le puteam exprima în scris. Am trecut prin toate acestea și am înțeles, împreună cu alții despre care știu că făcuseră aceleași lucruri că, în anumite cazuri, nu a fost un lucru bun. Balint scrisese despre asta, așa cum au mai făcut-o și alții de atunci și multe s-au spus în ultimii 40 de ani în legătură cu orele de tăcere și cu lungile perioade de dependență. Odată ce am înțeles acest lucru, m-am confruntat cu o mulțime de perioade de tăcere în analizele care durau mult, și este foarte greu de spus când este productiv și când este o pierdere de timp, dar totuși este ceva ce îmi place să studiez. Astăzi după-amiază, un pacient mi-a relatat un vis – un pacient care se apropie de sfârșitul analizei sale – și, brusc, am întrevăzut o soluție spre care se îndrepta, așa că i-am expus părerea mea despre unde se afla, iar el a fost atât de nemulțumit că visul pe care îl relatase împreună cu propriile interpretări fusese tratat în acest mod. A devenit foarte furios pe mine și, pierzându-și speranța, și mi-a spus: „Când o să înțelegi oare?”. Dacă aș fi avut dreptate, l-aș fi frustrat de posibilitățile sale de a fi creativ, acum și data viitoare și așa mai departe. Dacă nu aș fi avut dreptate, l-aș fi împiedicat să obțină un pic de înțelegere prin intermediul visului său. Era maximul pe care putea să îl suporte în acel moment. Am scos-o la capăt până la urmă, pentru că o mai făcusem și înainte. Mi-a spus: „De fapt, ziua de azi mi-a oferit foarte multă satisfacție, dar există un singur lucru care o umbrește. Diseară o să îmi fac griji pentru tine, pentru că o să stai să te gândești ce psihanalist putred ești”. În orice caz, sunt multe care se întâmplă într-o analiză, dacă nu avem de a face doar cu un caz simplu de psihonevroză.

Am devenit acum conștient că Fairbairn adusesese o contribuție imensă, dacă am reține fie și numai două elemente. Unul este căutarea obiectului, care ține de domeniul fenomenelor tranziționale și așa mai departe, iar celălalt este acea senzație de a te simți real, nu ireal. Din ce în ce mai mult se dovedește că pacienții noștri au nevoie să se simtă reali și, dacă acest lucru nu se întâmplă, atunci înțelegerea este de o importanță absolut secundară. Lucrul ciudat este că ei urmează să devină

analști: vor, deci, un pic de înțelegere. Dar cea mai marea parte a pacienților mei nu au fost analști, și a trebuit să fiu mulțumit dacă plecau simțindu-se mai reali decât atunci când veneau pentru prima oară. Nu e de mirare că mulți s-au referit la acest subiect – Erikson, și mă mai aștept și la alții.

Nu pot să mă refer acum la tot ceea ce aș dori. O să spun doar că nu știu dacă doriți să discutăm despre toate aceste subiecte sau, mai curând, ați vrea să mă ajutați să redactez o scrisoare de amendamente, și pentru ca să ne unim forțele cu toți cei care scriu despre lucruri pe care fie că le-am furat, fie că le-am ignorat. Nu pot promite că le voi urmări pe toate, întrucât știu că ideile pe care le am depind de stadiul în care mă aflu – iar în privința asta nu am ce face.

Mulțumiri

Pentru permisiunea de a reproduce materialul deja tipărit, aducem mulțumirile noastre pentru următoarele:

Articolele din revistele: *British Journal of Medical Psychology*; *British Medical Journal*; *British Medical Student's Journal*; *Child Care New*; *International Journal of Child Psychotherapy*; *International Journal of Psychoanalysis*; *The Lancet*; *Nature*; *New Society*.

Articolele din cărțile: Basic Books, Churchill-Livingstone; Free Association Books; The Hogarth Press; Methuen and Co.; The Pergamon Press; Tavistock Publications.

Mulțumirile noastre îndeosebi Fundației Squiggle pentru ajutorul acordat la transcrierea vechilor lucrări. Dorim, de asemenea, să mulțumim Domnului B. E. Eaden de la Cambridge University Library pentru continua sa colaborare și cordialitate.

Index

Index

Abandon: de către analist; de către mamă

Abraham, K.

Absență: a mamei

Pictură abstractă, desen

Acting aut (trecere la act): și greșelile analistului; a pacienților GP; a fantasmei de masturbare; a amintirii de a fi fost părăsit

Actriță

Adaptare: dez-adaptare și; diminuare a; și externalizarea obiectului a analistului la pacient; a mamei de copil; a pacientului de analist

Adolescență, acneea la; distructivitatea în; toanele în, identificările homosexuale în; masturbarea în; organizarea apărărilor în; faza de nedeterminare sexuală în; repunerea în scenă în; pacifismul reactiv al; activitatea sexuală în;

Adolescent: relația cu mama

Adopție

Afectivitate

Agresivitate; fuziune a agresivității cu componentele erotice; înăscută; lipsă a; relația de obiect și; și impulsul de iubire primar; studiul psihanalitic al; refulare a; rădăcini ale; teorie ;

Alcool, uz al: pentru a controla angoasele dezintegrative; pentru relaxarea spontană
Singular în prezența

Ambivalență: însușirea; în mamă; nevrotică, psihotică și; clivaj și, la Fairbrain;

Societatea Americană de Psihanaliză

Stadiu anal

Analiză: coluziune în; regresie profundă în; dependență în; activitate distructivă și constructivă în eșecul mediului în; influența mediului ca idee traumatică în; eșecul; primul interviu în; frustrarea în; mediul susținător și; neterminarea în; lipsa de sens în achiziționarea; tratamentul greșit al clivajului în; nevoie de cunoaștere teoretică în; ne-utilizarea în; greșeli în; a copilului cu mamă depresivă; a viselor; a pacienților psihotici și a fantasmelor corporale; a supraeului comparată cu angoasele paranoide; contactul fizic în; jocul în; re.trăirea angoasei intolerabile în; reasigurarea în; tăcerea în; folosirea jucăriilor și a creionului și hârtiei în; autoanaliza; retragerea investiției și regresia în; vezi și Analist; Psihoterapie; Terapeut

Analist; abandon de către; acceptare a cadourilor de către; adaptare a; ca factor calitativ al mediului; atitudini ale; evitarea cazurilor limită; încrederea în; transferul delirant și; cerere de; dependență de; înlocuirea părintelui nesatisfăcător; suport al eului în; invidie a; existență a, ca persoană separată; experiență în, a mamei cu copilul; eșecul; eșecul în susținere; bun, ca persecutor; importanța ne-

retalierii în; incapacitatea în, de a permite eșecul; înăuntrul și în afara ariei de omnipotență; greșeli ale; nevoia de a interpreta în; abilitatea pacientului de a-l folosi pe; și atacul pacientului; adaptarea profesională; receptivitatea în; a relatărilor pacientului, separarea de; supraviețuirea; tolerarea nebuniei în; neadaptabilitatea în; a-l vizita și a-i cumpăra pacientului mâncare; lucrul cu alți psihoterapeuți și; vezi și analiză; pacient; terapeut; transfer.

Proces analitic: Freud și; continuu prin viață;

Furie; și eșec al mediului, a lui D. W. W.; în transfer;

Anihilare

Aniversare; a morții tatălui

Anorexia nervosa

Tendința antisocială

Angoasă; castrare; pierdere a capacității de joc și; masturbare și; primară și arhaică elemente ale Supraeului și; psihotică; terapie de șoc în cazuri; de negândit;

Apercepție

Artă

Asociația de Psihologia și Psihiatria Copilului

Autism

„Mediu normal așteptat”

Bebeluș, Bebeluși, supraviețuire a; anal; născut cu deficit; băiat tratat ca fată; nu poate fi descris singur; capacitate de A FI; distructivitate în; capacitatea timpurie de a obiectiva; bolile timpurii; alăptarea; mama hrănitoare, în joc; primele zâmbete ale; bebelușul uman înainte de a se naște; în pântec; sărind în sus și în jos; strângând sânul; fantasmele mamei despre; proprietăți ale; lumea subiectivă a; folosirea/utilizarea de către mamă a; privind fața mamei

Bach

Rău: triumf al

Balint, Alice

Balint, Enid

Balint Michael

Bandaj

Barkin, Leonard

Regulă fundamentală

Fantasma de a fi bătut

Beatles

Enuresis

Beethoven

Terapie comportamentală

A fi, continuitate de a fi; îngrijire maternăși; versus a face;

Credință; construită pe o adaptare introiectată

Pântec; idee de sarcină și; lucruri căzând din;

Martha Bernays

Bruno Bettelheim

Biblie

Bion, W. R.

Bisexualitate

Întuneric

Blake William

Bleuler, Eugen

Funcționare corporală; identitate a; cu psihicul; orgastică; obiecte tranziționale și;

Corp

Bonaparte, Marie

Pacienți borderline

Bornstein, Berta

Bowlby, John

Bowra, M.

Băiat

Brăţară

Creier; efectele terapiei prin şocuri asupra; tumoare a

Prăbuşire; deja trăită; a mediului; spaima de; re-trăită în transfer; totală;

Sân; atac asupra; alăptarea la; idealizat; simbolizat prin piersici; folosirea cuvântului în analiză

Alăptarea

Respiraţia, şi distructivitatea primară

Breuer, Joseph

Brill, A.

British Medical Association

Societatea Psihanalitică Britanică

Societatea Britanică de Psihologie

Brooke, Rupert

Bryan, Douglas

Burlingham, Dorothy

Mângâiere; şi fenomene tranziţionale

Material al cazului; bebeluşi cu dificultăţi de hrănire; bebeluş cu nevroză obsesională; băiat de 8 ani, asaltat de un bărbat; băiat de 19 ani cu conştiinţă a supraeului; băiat care făcea desene abstracte; băiat a cărui mamă adormea; băiat cu tumoră craniană; băiat cu schizofrenie; Băiat cu sindactilie; Frankie; G., o fată de 14 ani; fata lui G, de 8 ani; fată de 2 ani ai cărei părinţi s-au despărţit; fată de 2 ani şi 172 cu inhibiţii de hrănire; fată de 8 ani deprivată la naşterea sorei sale; fată de 17 ani al cărei tată murise de timpuriu; fată de 18 ani cu spina bifida; fată re trăind nebunia originară; fată supărată de; fată cu anorexia nervosa; fată cu colită; Jena, de 17 ani; L, fată de 7 ani; bărbat invidiind profesorul bun; bărbat care vine pentru 20 000 lire; bărbat care invidia analistul; bărbat care începuse să se joace; bărbatul care tăcea; bărbatul neagresiv; bărbatul al cărui vis a fost prematur interpretat; bărbat cu elemente feminine disociate; bărbatul cu nimic în centru; Mark, reacţionând la nebunia mamei; Mollie în vârstă de 8 ani; Patrick, al cărui tată desena; Phyllis, de 16 ani, care doar se legăna; femeie înspăimântată de ideea de E.C.T.; femeie cu terapie prin şoc; femeie aflată aproape de poziţia depresivă; femeie ce necesita contact fizic; femeia văzută mâncând în restaurant; femeie spunând că îşi trage şosetele; femeie care s-a sinucis; femeie care nu putea compromite; femeie care nu putea accede la adevărata vinovăţie; femeia care nu putea ţipa; femeia care nu putea gândi; femeia care visa despre o halucinaţie; femeia care visa despre portocală şi soarece; femeia care trăia vidul; femeia care exploata obiectele substitut; femeia care şi-a găsit urâţenia; femeia care ştia şi nu ştia; femeia care avea nevoie de setting constant; femeia care închidea de două ori uşa; femeia care pretindea tăcere; femeia care cerea cafea; femeia care

dezinvestea; femeia cu transfer delirant; femeia cu o parte masculină disociată; femeia cu fantasma de a fi bătură; femeia cu inhibiții ale funcției mâinii; femeia cu nimic în centru; femeia cu clivaj psihosomatic; *vezi și* pacienți

Castrare; analist
Angoasa de castrare

Pisică

Catalogare

Investire

Haos, primar

Conferința de la Kilogramd Guidance Inter-Clinic

Copil(i): adaptare , la anormalitatea fizică; capacitate de obiectivare; complexitate a; deprivare; evvacuare; halucinare și; boli ale; importanță a tatălui în; inhibiție a funcționării orgastice a corpului; și depresia maternă; și nou-născutul; existență separată a; și separarea părinților; *vezi și* copil mic

Ciocolată

Felicitări de crăciun

Circumcizie

Climax

Clinic: a lui D. W. W., la Paddington Green

„club”: al lui D. W. W.

Coordonare
Cafea
Colită: copil cu

Coluziune: a anonimatului; a mamei cu copilașul; a pacientului cu analistul;

Comunicare; în consultația terapeutică: pierdere a; jocul squiggle și; verbalizată și non-verbalizată;

Compromis

Compulsie(i)

Concepere: ideile bebelușului despre concepția lui

Preocupare/solicitudine: despre distrugere; despre a muri la sân; în poziția depresivă; blocată de atitudinea mamei; capacitate de. *Vezi și* vinovăție

Conflict
Confruntare
Confuzie
Continuitate a existenței; întreruptă; amenințată
Control; vezi și omnipotență

Cordelia
Tromboză coronariană
Contratransfer
Creație; a copilașului

Creativitate; inhibiție a; percepție și;

Cromwell

Identificări încrucișate; a se adapta la nașterea fraților
Cruzime

Plâns:

Experiență culturală

Viață culturală

Provizii culturale

Cura, în psihanaliză

Curtis comitee

Danaidele
Dartington Hall
Darwin, Charles
Davidson Clinic
Davidson S.S.

Reverie diurnă
Dez-adaptare; adaptare și; cel mai dificil lucru în îngrijirea copilului; prea rapidă; prea lentă

Moarte; frica lui D.W.W. de moarte

Pulsiunea morții
Decepție
Apărare; și angoasa intolerabilă în copilărie; de a fi nimic; panica drept; rigiditate a; schizofrenia ca;
folosită în deprivare
Negarea halucinației
Delincvență
Democrație
Denigrare

Dependență; absolută, venită în transfer; periculoasă, în analiză; grad al; timpurie; infantilă, în teoria lui Fairbrain; inițial neconștientizată; preogresie de la; regresie la; relativă, și recunoaștere a, stadii ale; traumă și

Depersonalizare; ca o angoasă psihotică; amenințarea cu

Depresie; recunoașterea de către analist a; ca boală a oamenilor; dependență și; distructivitate și; a unei adolescente; a părinților; a lui Patrick; Klein și; pierderea fenomenului tranzițional și; a copiilor și adolescenților; terapia prin șoc și; revenirea spontană din; sinucidere și; valoare a depresiei pentru pacient;

Poziție depresivă

Deprivare; tendință antisocială și; maternă; două tipuri de;

Disperare; și respingere de către mamă;

Distrugere; vezi și distructivitate

Pulsiune de distrugere

Distructivitate; externalitate și; vinovăție datorată; a unui pacient băiat;

Dezvoltare

Devine, H.

Devon Center for Further Education

Diagnostic

Neonestitate

Deziluzie(deziluzionare)

Dezintegrare; ca angoasă psihotică; amenințarea cu, și; neintegrare și;

Dezorientare

Disociere; între aspectele masculine și feminine; în bolile psihosomatice; refulare;

Distres

Doctor(i); bolile psihosomatice și; relaționarea pcienților și;

Câine

A face; și a nu face

Păpușă

Doppelganger

Ecran al visului

Lume a visului

Vis(e); al lui D.W.W. despre scriere; teoria lui Fairbairn despre; travaliu al;

Vise descrise în text; al lui Clare W.; al fiicei lui G; ale pacientelor fetițe; al lui Jung; al lui L; al pacientului bărbat; al lui Patrick; ale pacientelor femei;

Visare

Impulsuri

A muri; vezi și moarte

E.C.T., vezi și terapie prin șoc

Timpuriu nu înseamnă profund

A mânca; a fi mâncat și;

Ede, Stanley

Eder, david

Educație, Susan isaac și

Eu; al bebelușului; distorsiuni ale; integrare a; matern

Dezvoltarea eului

Nuclei ai Eului

Organizarea eului; prăbușire a

Relație de tip Eu

Suport al Eului; îndeplinit de mamă

Eliot

Dezvoltare afectivă(emoțională)

Empedocle

Vid

Mediu; ca parte a bebelușului; ca condiție pentru individ; devenit mai puțin important o dată cu autonomia; prăbușire a; facilitator; holding (susținere) în analiză și; identificare cu; negare implicită a, la Klein; importanță a, la început; în dezvoltarea Self-ului; poziție paranoidă și; așteptări patologice ale; reacție , și pierderea agresiunii; regresie la dependență și; schizofrenie a; separarea Self-ului de; clivaj al și bolile psihosomatice; stresul mediului și tromboza coronariană; teorie a; imprevizibil

Invidie; folosireakleiniană a termenului;

Erikson, Erik

Erotism; fuziune a, cu agresivitatea

Etologie

Eutanasi

Excitație; climax și; în relația de obiect; viață instinctuală și; non-orgiastică; produsă de a fi dorit

Excreții

Existențialism

Experiință; element erotic, și masculin; a prăbușirii; a nebuniei; a reciprocității; a omnipotenței; joacă și; psihosomatică, și rădăcinile Eului; înregistrare a; sexuală

Realitate externă

Față

Eșec; al mediului; treptat, al adaptării; în analist; matern; al analizei; trauma ca;

Fairbairn, W.R., căutarea obiectului la

Prăbușire pentru totdeauna

Fals Self; Jung și;

Familie; a lui D.W.W.; traumă și; terapie a;

Fantasmă; la vârstele mici; ale bebelușului; începutul, în utilizarea obiectului; canibalice distrugerea obiectului în; a mamei despre bebeluș; de a fi bătut; de distrugere; despre lei și tigrii; pregenitală, de fecundare și sarcină; separare a; de obiectul extern

Fantasmare

Credință

Tată; moarte a; deprivare de; descoperirea în momentul excitației sexuale; în visele copiilor; introiectat, și autocontrol; ce nu dorește self-ul feminin al fiicei; al pacientului ce nu era în stare să își stăpânească agresivitatea; potent, din triumphiul Oedipian; valoare , pentru pacienta femeie; pacientă căutând iubirea tatălui; al pacientei, care a murit;

Spaimă; asociată cu leucotomia; compulsie și; de prăbușire; de moarte; de halucinare; de nebunie; de implicare, în relaționare; de nimic la care să reacționezi; de clivaj; primară, de agresivitate; vezi și Angoasă

Hrănire

A se simți real; A FI și, joc și; căutarea Self-ului și; prin intermediul stresului în analiză;

Fellatio

Element feminin; homosexualitate și; în personalitatea pacientului masculin

Ferenczi, S.

Fine, Bernard

Foc, din gura dragonului

Fixație

Flugel, J.C.

Făt, fantasmele părinților despre;

Follet, M.P.

Fordham, M.

Forsythe, D.

Asocieri libere

Freud, Anna

Freud, S.; „Un copil este bătut”; „Analiză terminabilă și interminabilă”; eu corporal la; capacitate, de îndoială; capacitate de a fi fericit; conceptul de Supraeu la; pulsiunea morții și; introducerea lui D.W.W. la, fuga înn sănătate la; Jones și; Jung și; funcționarea Eului în; *Moise și o monoteismul*; seminația atașată simptomelor la, melancolie și doliu la, procesul psihanalizei și; realitatea psihică și; metoda psihanalitică și; Strachey și; inconștientul la; teoriile lui, și fairbairn

Freudenburg

Prieten; ai lui D.W.W.

Prietenie

Frigiditate

Frustrare

Fuziune: a pulsiunilor libidinale și agresive; a pulsiunilor vieții și morții; fază prioritară în;

Ușurință; lipsa capacității de a se juca și;

Glasworthy, John;

Joc, al lui Frankie

Gardner; D.E.M.

Paralizie ggenerală a bolnavului

Practică generală: psihoterapie psihanalitică și; *vezi și* Doctor

Gessel Arnold
Giovachinni, P.L.
Fată(e)
Glover, Edward
Glover, James
Dumnezeu
Goldfarb
„sân bun”
obiect bun
recunoștință; lipsa capacității de;
Gravitate
Mit grecesc: homosexualitate și
Greenacre, phylis
Greinstein, Alexander
Golnik, Simon, A.
Grup(uri): social
Creștere;
Vinovăție: sentiment conștient de; inhibiția funcționării corporale orgastice; masturbare și; a pacientului cu spina bifida; a paceintei de a fi furioasă; legată de idei distructive; inconștientă, a copilului deprivat

Halucinație; vs. Gândire logică

Hambling, John
Hamlet: clivajul elementelor în
Hampstead War Nurseries;
Mâini; inhibiție a funcționării
Handling (mânuire a9; mediu facilitator și;
Hardcastle, D.N.
Harding, D.W.
Harley Street;
Hartman, Heinz; aria fără conflict a Eului și;
Pălărie(i)
Ură; ca delir de a fi urât sau persecutat; a obiectului bun, și deziluzionare; a pacientului în transfer; refulată, a mamei; a pacientului, în transfer; inconștientă, în analist

Durere de cap

Sănătate; ambivalență în; furie și; tipuri de caracter și; diagnosticată la o adolescentă; identitatea Self-ului cu corpul în; doliu și; Supraeul post-oedipian și; regresie și; vs. Boală

Heimann, Paula

Ereditate; agresivitate și, la Klein, M.

Hill, Adrian
Hiller, E

Hoffer, Willi

Holder, Carole

Holding (*susținere*), mediu facilitator și; îngrijirea fizică a bebelușului și; fizioterapie și;

Casă: bună

Identificare homosexuală

Tendințe homosexuale

Homosexualitate; la pacientul bărbat; idei paranoide de referință

Onestitate: compulsivă

Speranță

Horder, Lord

Spital(e); programări, al lui D.W.W.; efectele terapiei prin șoc

Rană (rănire)

Ipohondrie; fantasme de sarcină și; elemente primare ale Supraeului;

Isterie; terapie prin șoc și;

EU SUNT, „eu sunt regele castelului”

I.Q. (sau C. I.)

Sine

Idealizare

Identificare; în teoria lui Fairbairn; masculină; elemente masculine și feminine și; maternă la băiat; a analistului cu pacientul; a copilului cu mediul; a copilului cu mama; a bărbatului cu femeia; a mamei cu copilul; a copilașului mic cu părinții; patologică, a mamei; joc și; proiectivă și introiectivă; vezi și identificări încrucișate; identitate

Identitate; elementul feminin și; pierdere a, prin leucotomie; probleme ale, la Erikson; vezi și Identificare

Boală; fizică; psihică; debut al, la nașterea unui bebeluș;

Iluzie; omnipotență și

Oameni și animale imaginare

Imaginație

Elaborare imaginativă a funcției corpului

Imago Group

Imago Publishing Company

Imitație

Imaturitate

Influență

Impotență

Fecundare; vezi și sarcină

Imprinting

Incest

Încorporare; fantasme de

Individ; studiu al

Individuare

Copilărie timpurie; stadii ale

Observarea bebelușului

Bebeluşul(ui); crearea obiectului și a lumii; hrănirea de către mamă; iseparabil conceptual de îngrijirea copilului; studiu al

Inhibiție; a funcției manuale; a funcționării orgastice a corpului

Realitate psihică interioară; elemente benigne și persecutorii din; fantasme de sarcină și; creștere (dezvoltare) a; figuri imaginare în;

Lumea interioară

Interior

Insight

Pulsiune(i); la vârstele timpurii; exploatarea; de viață și de moarte;

Experiență pulsională

Tensiuni pulsionale

Institutul de Educație

Institutul de Psihanaliză

Terapie cu insulină

Integrare; a tatălui; tendință moștenită spre; boală psihosomatică și; studiu științific al;

Intelect; și psiho-soma; Vezi și Minte; Intelect clivat

Act sexual: parental; ideile bebelușului despre;

Interferență: parentală; cu funcționarea orgastică a corpului

Internalizare; vezi și Introiecție

International Journal of Psycho-Analysis

International Psycho-Analytic Congress

International Psycho-Analytic Library

Interpretare; pericol al; în consultația terapeutică; mutativă; a sadismului oral; a relației pacientului cu analistul; posibilă doar prin contribuția maternă; ameninșătoare pentru pacient; re-trăire

Interpretări ce apar în text: despre agresivitate; despre a fi.....; despre a mânca și a fi mâncat; despre simptome nevrotice ca apărări; despre strigăt; despre Self-ul feminin clivat; despre nebunia analistului; de a fi sub compulsia de a fura; a delirului de a fi urât; a visului cu banii; a visului cu portocala și șobolanul; a dorinței de a fi profesor bun; a urii analistului; a durerii de cap a fetei cu anorexie; a lipsei de speranță în privința mamei; a identității dlui X; a identificărilor masculine și feminine; a mișcărilor degetelor pacientului; a nebuniei mamei; a nevoii de a ataca potența analistului; despre nimic în centru; a invidiei de penis; a realității care pătrunde în fantasmă; a sadismului refulat al mamei, a acceptării și refuzului simultan; a sânului muribund; despre a nu fi bărbat; a dorinței de a castra; a pacientului despre gelozia analistului; prematură, a visului pacientului; legată de spaima de confuzie; legată de joc; legată de scena primitivă; „ești bolnav”

Intimitate

Introiecție

Introspecție

Isaacs, Nathan

Isaacs, Susan

Jacobsen, Edith

Gelozie; între surori; a surorii imaginare; ideile pacientului de

Jesus College, Cambridge

Jones, Ernest

Jones, Katherine

Jung, C. G.

Junghieni

Cangur

Keats, John

Khan, Masud

Regele Lear

Klein, Melanie; creativitatea de bază și; conceptul de invidie la; preocupare pentru, cu agresivitate; discuția lui D.W.W despre; depresie și apărări contra-depresive; poziția depresivă la; mecanisme timpurii la; Fairbairn și; lucrarea ei asupra depresiei; refuzul implicit al mediului la; importanța realității psihice la; loialitate față de; Complexul Oedip și; poziția paranoidă la; identificare proiectivă și introiectivă și; reparație și restituire; poziție schizoidă la; Supraeul la; *The Psycho-Analysis of Children (Psihanaliza copilului)* și; susținută de Jones

Knights, L. C.

A ști

Knox, Ronald

Kris, Ernst

Laing, Ronald

Limbaj preverbal

Lear, Edward

Scrisori: ale lui D.W.W. către Clare; D. W. W. către mama sa; D. W. W. către Stanley Ede; ale lui Freud; ale lui D. W. W. către un prieten

Leucoree

Leucotomie

Lewin, Bertram

Levy School

Ghicitori

Leu

Buze

Little, Margaret

London Clinic of Psycho-Anylisis

Pierdere

Iubire; a obiectului care supraviețuiește; primară; fără pedepse

Low Barbara

Lowenfeld, M.

Nebunie; a mamei, apărută la fiu; vezi și prăbușire; psihoză; schizofrenie;

Element masculin

Manie

Apărare maniacală

Balanță maniacal-depresivă

Masochism

Masturbare

Proces maturativ; și mediu facilitator

Mead, Margaret

Melancolie

Meltzer, Donald

Amintire, amintiri

Eu, Non-Eu: nediferențiere

